

Health Forum

Maart 2011 · Nr. 5

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Dossier

Jong en ziek: naar een optimale behandeling

Zeldzame ziektes

Belgisch plan voor
zeldzame ziektes
Stand van zaken

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn, met meer dan 2.000.000 leden, de op 2 na grootste verzekeringsinstelling van het land.

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt zeven ziekenfondsen:



OZ Onafhankelijk Ziekenfonds

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz501.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

Louis Mettwielaan 74-76
1080 Brussel
www.euromut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Tervurenlaan 43
1040 Brussel
www.securex-ziekenfonds.be

Verenigde-Natieslaan 1
9000 Gent



Partena Onafhankelijk Ziekenfonds

Coupure Links 103
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be

Anspachlaan 1 bus 6
1000 Brussel



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be



Hoe vermijden dat "gratis" en "onverantwoord" synoniemen worden?

Sinds kort betalen bepaalde ziekenfondsen het persoonlijke aandeel dat ten laste blijft van hun leden voor de honoraria van geneesheren, volledig terug. Deze remgelden worden terugbetaald door de aanvullende verzekering van deze ziekenfondsen, die met veel publiciteit verkondigen dat ze hun leden "gratis" verzorging aanbieden.

Deze evolutie roept vragen op rond de cohesie van ons systeem. Waarom zouden we de patiënten in het kader van de verplichte verzekering nog met remgelden willen responsabiliseren, als dit effect toch tenietgedaan kan worden door tegemoetkomingen van de aanvullende verzekering? We mogen niet vergeten dat het remgeld een van de instrumenten was die door de gezondheidsactoren ingevoerd werden om, in het kader van de verplichte verzekering, de patiënten te responsabiliseren en zo overconsumptie van de verzorging te vermijden. Veel landen hebben binnen deze optiek maatregelen genomen om de tenlasteneming van het remgeld door de ziekenfondsen of verzekeraars te ontmoedigen.

Het financiële aandeel dat ten laste blijft van de patiënten, moet dan ook in een ruimer denkkader geplaatst worden. Het remgeld is een nuttig hulpmiddel om de uitgaven binnen de gezondheidszorg onder controle te houden. Wordt het remgeldsysteem ondoordacht aangewend, dan beperkt het de medische consumptie op lineaire wijze, zonder een onderscheid te maken tussen essentiële of niet-essentiële verzorging. Hierdoor ontstaat het risico dat bepaalde categorieën van patiënten het heel erg moeilijk krijgen.

Vandaag de dag weegt het remgeld nog te zwaar door op de chronisch zieken en gezinnen met lage inkomsten. Het brengt grote administratieve kosten teweeg en bevordert de prestatie van het systeem niet (men gaat niet na of de verzorging wel de juiste is). Het zou mogelijk moeten zijn om mechanismen in te voeren die de patiënten aanmoedigen om een beroep te doen op verzorging met een hoge meerwaarde in plaats van weinig waardevolle behandelingen*.

Het is dan ook hoog tijd om de evolutie van de aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen in vraag te stellen. Eerst en vooral omdat ze de instrumenten van het gezondheidsbeleid van hun essentie afhouden. Ten tweede omdat ze steeds meer afwijken van hun basismissie, namelijk de gezondheid. Het is waarschijnlijk tijd om de aanvullende verzekering duidelijk af te bakenen, dit om te vermijden dat "gratis" synoniem wordt van "onverantwoord".

* Behandelingen die vermeden kunnen worden of waarvan de therapeutische doeltreffendheid niet bewezen is

Xavier Brenez
Directeur-generaal
van de Landsbond van
de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Hoofredactrice

Karima Amrous · karima.amrous@mloz.be · T 02 778 94 33

Eindredactrice

Pascale Janssens · pascale.janssens@mloz.be · T 02 778 93 59

Redactiecomité

Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Regina De Paepe · Christian Horemans ·
Pascale Janssens · Chris Monten · Chantal Neiryne · Piet Van Eenoooghe ·
Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Rudy Van Tichelen ·
Kim Verbruggen · Anne Viroux · Veerle Verspille · Karen Willems

Lay-out

Luc De Weireld & Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Bent u geïnteresseerd in Health Forum?

Wenst u Health Forum regelmatig te ontvangen? Contacteer ons! Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · Dienst Externe Communicatie · Health Forum · Sint-Huibrechtsstraat 19 · 1150 Brussel · T 02 778 92 11 · F 02 778 94 02 · Of stuur een e-mail naar health-forum@mloz.be

Inhoud

Nr. 5

Maart 2011

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Jong en ziek: naar een optimale behandeling

18 Forum Zorgverstrekkers

Pleidooi voor een deskundige opvolging van zeldzame ziektes

Brieuc Van Damme :

"De bejaarde: van passieve patiënt naar actieve klant?"

Carte blanche voor Lucio Scanu, Voorzitter van Stoma Ilco

Het Debat

26 Studie

Gebruik en therapiepersistentie bij reumatoïde artritis

29 Events & Partners

www.hulporganisaties.be: een hulpdienstenplatform

30 Objectief gezondheid

Dunepanne. Wanneer herstellen ook genieten is

32 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

34 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Jong en ziek: naar een optimale behandeling

Of het nu over onze eigen kinderen gaat of de kinderen van de wereld rondom ons, ze krijgen altijd een bijzonder plaatsje in ons hart. Dit geldt vooral voor zieke kinderen! Gezondheidszorg voor kinderen moet bijzondere aandacht krijgen en aangepast worden aan de specifieke behoeften van onze kinderen.



6

Forum Zorgverstrekkers

"De bejaarde: van passieve patiënt naar actieve klant?"

Binnen 20 jaar verdubbelt de groep van de "senioren" door de komst van de babyboomers (geboren tussen 1945 en 1965). De sociale zekerheid krijgt het nog zwaarder te verduren, als zij verzorging nodig zullen hebben. In zijn boek "Het grijze goud", formuleert Brieuc Van Damme, expert van het Itinera Institute, vernieuwende, maar controversiële denksporen ter voorbereiding van die "grijze" tsunami. Een Interview.



20

Studie

Gebruik en therapiepersistentie bij reumatoïde artritis

Hoe reageren patiënten met reumatoïde artritis op anti-TNF-medicatie? Wat is het profiel van deze patiënten en wat zijn de gevolgen van de behandelingen op hun beroepsactiviteit?

In een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen wordt gezocht naar een antwoord op deze vragen.



26

Objectief gezondheid

Wanneer herstellen ook genieten is

Zeelucht werkt verkwikkend. Voor chronisch zieken, personen die herstellen van een chirurgische ingreep en ouderen geldt dat des te meer. Al 25 jaar beheren de Onafhankelijke Ziekenfondsen het hersteloord Dunepanne. Hoog tijd voor een ontmoeting met de zorgcoördinatrice Ingrid De Nolf.



30

1

Belg op 100 lijdt aan een ernstige hardnekkige mentale ziekte (schizofrenie, manische depressie, persoonlijkheidsstoornis).

Bron: het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

Roken maakt het verschil in levensduur tussen mannen en vrouwen

Het verschil in levensduur tussen mannen en vrouwen in Europa wordt voor zo'n 40 tot 60% bepaald door roken.

Dat blijkt uit een onderzoek gepubliceerd in het tijdschrift Tobacco Control.

Het is niet de eerste keer dat onderzocht wordt waarom vrouwen langer leven dan mannen en roken kwam eerder al als grote verschilmaker uit de bus.

Het onderzoek is gebaseerd op de gegevens van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) over de overlijdens bij mannen en vrouwen in 30 Europese landen die aan roken en drinken toegewezen kunnen worden.

De meeste landen die een grote kloof vertonen tussen mannen en vrouwen, zijn Oost-Europese landen. Ook in België, Spanje, Finland en Portugal is het verschil erg groot.

De onderzoekers hebben aangetoond dat roken verantwoordelijk zou zijn voor 40 à 60% van het verschil in levensduur tussen mannen en vrouwen. Slechts enkele landen zoals Denemarken, Portugal en Frankrijk vormen een uitzondering op de regel. Alcohol zou het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen voor 20% verklaren.

tobaccocontrol.bmj.com



Meer orgaandonoren

Al meer dan 112.458 personen zijn ondertussen ingeschreven in het register voor orgaandonatie en het aantal duidelijk aangegeven weigeringen is aan het dalen (189.155). In 2010 werden echter "slechts" 263 nieuwe orgaandonors geregistreerd.

Deze daling is te wijten aan verschillende oorzaken. Ten eerste is er een verbetering van de verkeersveiligheid en kunnen dankzij de vooruitgang van de geneeskunde steeds meer levens worden gered. Anderzijds brengt de vergrijzing van de Belgische bevolking en de minder goede gezondheid waarin ze verkeert, de mogelijkheden tot het doneren van kwaliteitsorganen in het gedrang. In 2010 konden 838 levens gered worden dankzij de donatie van 403 nieren, 210 levers, 43 pancreassen, 68 harten en 114 longen. Meer dan 1.300 personen staan op de wachtlijst.



In de Europese Unie bevinden meer dan 80 miljoen mensen zich in een situatie van gehandicapte. Dit is meer dan 15% van alle inwoners van de 27 lidstaten.

www.edf-feph.org

Verbod op bisfenol in babyflesjes

De Europese Commissie heeft eindelijk het verbod op bisfenol A in babyflesjes goedgekeurd. Deze maatregel treedt in werking vanaf 1 maart 2011. De productie van deze flesjes zal in heel de Europese Unie verboden zijn vanaf 1 maart, vanaf 1 juni is ook de commercialisering en de import ervan verboden.

http://ec.europa.eu/index_fr.htm





Dossier

Jong en ziek: naar een optimale behandeling

Een sprookje in de maak	p. 7
Mijn baby heeft de blues	p. 10
Welke alternatief bestaat er voor de hospitalisatie?	p. 12
De thuishospitalisatie: een gecoördineerde benadering	p. 14
Belgische ziekenhuizen boeken vooruitgang, maar kunnen nog beter	p. 15
Als woorden tekortschieten	p. 16

Geneesmiddelen voor kinderen

Een sprookje in de maak

De geneesmiddelensector heeft de kinderen lange tijd stiefmoederlijk behandeld: zij moesten het stellen met molecules voor volwassenen, waarvan het gebruik "afgestemd" werd op kinderen. Een recente Europese reglementering brengt verandering in deze situatie. Is alles dan nu opgelost?

In het recente verleden (vóór 2007) was het helemaal niet ongewoon dat aan kinderen geneesmiddelen voorgeschreven werden, die op maat van volwassenen gemaakt én alleen op volwassenen getest waren. In 2005 toonde een studie aan dat het voor 90% van de geneesmiddelen, die gebruikt worden voor intensieve pediatrische verzorging, ontbrak aan een officiële voorschrijfindicatie. Idem voor 50% van de overige molecules, voorgeschreven aan kinderen. "De posologie van die producten werd aangepast aan een norm: het gewicht en de grootte van het zieke kind. De juistheid en de gegrondheid van die berekening werden echter nooit bewezen", brengt Prof. José Ramet, diensthoofd pediatrie van het Universitaire Ziekenhuis van Antwerpen ons in herinnering.

Bij gebrek aan andere keuzes, hebben artsen en pediaters lang met dit criterium gewerkt. "Wij moesten ons dan baseren op enkele publicaties of op praktijken die aantoonde dat een geneesmiddel voor volwassenen, na gebruik bij kinderen, resultaten opgeleverd had", vervolgt de kinderarts. We tasten echter vaak in het duister over onbekende of specifieke bijwerkingen en we wisten ook niet of de gebruikte molecules geen impact dreigden te hebben op de groei of de psychomotorische ontwikkeling. Er was tijd nodig om iedereen ervan te overtuigen dat een kind geen miniatuurvol-

wassene is en dat een baby geen kabouterversie is van een kind." Het doorzettingsvermogen van de kinderartsen heeft uiteindelijk vruchten opgeleverd: in 2007 werd het oude systeem vervangen door een Europese reglementering. Men werkt niet langer met "trial and error".

Een overdreven drang tot bescherming?

"De wetenschappelijke wereld en de publieke opinie hebben heel lang geoordeeld dat het onethisch was om kinderen te laten deelnemen aan klinische studies", stelt

“

Er was tijd nodig om iedereen ervan te overtuigen dat een kind geen miniatuurvolwassene is en dat een baby geen kabouterversie is van een kind

(Pr José Ramet)

”

Prof. Leo Neels, algemeen directeur van pharma.be vast. Deze beschermende reflex maakte dat de farmaceutische nijverheid niet verplicht was om de doeltreffendheid én de schadeloosheid van haar geneesmiddelen voor kinderen aan te tonen via dure

studies, die in bepaalde gevallen nochtans bedoeld zijn voor beperkte markten. De Europese sociale zekerheidsstelsels zouden in theorie overigens kunnen weigeren om deze producten terug te betalen met als argument dat hun indicaties nergens melding maakten van kinderen.

In de praktijk bleek dit systeem zonder controle of toezicht vooral nadelig te zijn voor de gespecialiseerde pediatrie. "De onwetendheid was vooral groot in de intensieve zorg, bij de pasgeborenen, in de nefrologie, de reumatologie of de gastro-enterologie", volgens Prof. José Ramet. "Het vorige systeem werkte omdat de pediaters voorzichtig waren en zich professioneel gedroegen, dixit Prof. Leo Neels. Maar het was duidelijk dat het zo niet verder kon."

De nieuwe reglementering werkt met duidelijk afgebakende doelstellingen: de kwaliteit van de studies garanderen, hun lancering promoten én bespoedigen en, tot slot, ervoor zorgen dat geneesmiddelen met pediatrische indicaties zo vlug mogelijk op de markt gebracht worden. Onontbeerlijk punt om dit alles te doen werken: de industrie geniet een verlenging van de duur van de brevetten voor geneesmiddelen die getest worden op kinderen, zelfs als uit de studies blijkt dat de resultaten negatief zijn. Dit moet dan wel duidelijk vermeld staan in de bijsluiters.



Honderden geneesmiddelen voor kinderen worden momenteel beoordeeld.

Ingewikkelde processen

Concreet werd een vrij complex systeem uitgewerkt vooraleer begonnen werd met studies, die pediatrie indicaties moeten valideren. Een voorbeeld? "Een formele verplichting is het niet, maar de farmaceutische nijverheid wordt fors aangemoedigd om een Plan voor Pediatrisch Onderzoek (PPO) in te dienen bij het Comité voor Kindergeneeskunde (het PDCO) van het Europese Geneesmiddelenagentschap (EMA). Idealiter zou die aanvraag moeten worden ingediend in een zeer vroeg ontwikkelingsstadium van het geneesmiddel bij volwassenen, zodra blijkt dat de molecule nuttig zou kunnen zijn in de pediatrie", legt Prof. Daniel Brasseur, voorzitter van het PDCO uit. De PPO's worden beoordeeld, samen met de vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en professionals uit de gezondheidszorg. "De verplichte voorwaarden in de PPO's dienen om telkens het best mogelijke Plan uit te werken. Men wil echt aan alles denken. Genees-

middelen voor kinderen mogen bijvoorbeeld niet te bitter zijn", brengt de pediater in herinnering. In oktober 2010, heeft het Comité voor Kindergeneeskunde zijn duizendste PPO gevierd. Er zijn er intussen nog massa's bijgekomen. "Het gros van die PPO's slaat op actieve stoffen die niet bestaan op de Europese markt en 25% werd gedeponereerd voor producten die al onder brevet staan, maar enkel voorgeschreven worden aan volwassenen", legt Prof. Daniel Brasseur uit. Zodra het PPO aanvaard is, kunnen de studies beginnen, na de goedkeuring door de ethische comités.

De rol van het EMA eindigt daar niet. Het Europese Geneesmiddelenagentschap is ook verantwoordelijk voor o.a. de opmaak van de prioritaire inventaris van de noden in de pediatrie en voor de studies die gemaakt moeten worden voor geneesmiddelen die gebruikt worden "zonder bijsluiter". Het EMA organiseert tevens de coördinatie van de netwerken voor onderzoek in de

kindergeneeskunde, opgericht in de Europese Unie. Deze netwerken bespoedigen de Europese studies, doordat ze een inzicht geven in de centra waar de verschillende pediatrie aandoeningen behandeld worden. In België werd het netwerk onlangs gelanceerd door de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde, met de steun van pharma.be, in de vorm van een "unconditional grant" van 100.000 euro. "In ons land worden overigens de meeste klinische studies gemaakt, per aantal inwoners, volgens Prof. Leo Neels. Met deze uitzonderlijke toelage, willen wij het uitstekende werk van onze wetenschappers en universitaire onderzoekers in de pediatrie ondersteunen."

Is alles dan rozengeur en maneschijn?

Is er dan echt alleen maar goed nieuws uit de sector van de kindergeneesmiddelen? Op papier ziet het er allemaal wondermooi uit, want op de markt verschijnen meer en meer geneesmiddelen voor de leeftijdsgroep onder de 18 jaar. Toch is het niet allemaal even rooskleurig in het veld.

Pediaters en de farmaceutische nijverheid zijn weliswaar vol lof over het werk van het Comité voor Kindergeneeskunde van het EMA, maar Prof. Brasseur is realistisch: "We streven naar een verfijning en verbetering van onze werkmiddelen, maar we moeten ruiterlijk toegeven dat we dwingende projecten opleggen in de kindergeneeskunde. Een voorbeeld? De reglementering bepaalt dat de industrie de PPO's zeer vroeg moet voorstellen. Achteraf hoeven ze niet opnieuw getoond te worden. We zijn dus verplicht om alle mogelijke ontwikkelingen meteen in te calculeren en niets belet dat er parallel nog nieuwe methodes en nieuwe posologie-

vormen ontstaan, speciaal voor kinderen (bijvoorbeeld, korreltjes die oplosbaar zijn in water of in de mond)." Eindresultaat: de PPO's worden kanjers van 200 pagina's of meer, die permanent herzien worden, iets wat de industrie op termijn behoorlijk zou kunnen gaan irriteren.

Ander struikelblok: hoe hoog ze ook mogen zijn, de Europese subsidies aan universiteiten of kleine ondernemingen volstaan niet om het onderzoek naar geneesmiddelen, die weinig (of niet genoeg) "opbrengen" voor de industrie, voldoende te stimuleren.

"Wij zijn gedeeltelijk tevreden over de resultaten van de reglementering: de verhoopde impact blijft nog uit", bevestigt Prof. José Ramet. Prof. Leo Neels stelt als vertegenwoordiger van de industrie vast dat "het begrijpelijk is dat studies of klinische proeven voor kinderen gevoelig liggen (de industrie deelt

die zorg), maar dat de overdreven voorzichtigheid die daaruit voortvloeit (bijvoorbeeld omdat men bang is voor processen), aanleiding kan geven tot een overlast aan dwingende eisen." Hij voegt er nog aan toe dat "innoveren en investeren zo wel erg ingewikkeld wordt".

**Het werkt!
Er komen steeds meer
geneesmiddelen voor
kinderen op de markt.**

De kinderartsen maken zich op hun beurt zorgen over de "criteriaverschillen tussen de ethische comités van de verschillende Europese landen: hier en daar werden de situaties vergemakkelijkt", merkt Prof. José Ramet op. De kinderarts betreurt "de al te zware normen die opgelegd worden via een protocol.

Die normen beschermen de industrie, maar schrikken de ouders af. Wij zitten in een situatie, waarin we echt steun nodig hebben, om de patiënten beter te kunnen informeren en om een mentaliteitswijziging te bewerkstelligen. Het foute etiket van het "proefkonijn" dat men plakt op deelnemers aan dergelijke proeven, moet bestreden worden; men moet daarentegen de aandacht vestigen op de positieve effecten van studies, zowel voor de gemeenschap, als voor het individu."



Pascale Gruber

Klinische studies: een brug te ver?

De nieuwe Europese reglementering op kindergeneesmiddelen is al drie jaar van toepassing. Een goede zaak?

Prof. Etienne Sokal (directeur van het klinische onderzoekscentrum voor kindergeneeskunde van de Cliniques Universitaires Saint-Luc te Brussel): Deze reglementering heeft zeker bijgedragen tot een verhoging van het aantal studies over producten, bedoeld voor kinderen. Het Geneesmiddelenagentschap en het EMA (Europees Agentschap voor geneesmiddelen) leveren goed werk, maar de eisen voor het maken van dergelijke studies zijn onmogelijk hoog. Bepaalde punten van de protocols zijn echt niet realistisch en druisen in tegen het hogere belang van de patiënt. Het is niet omdat men hem toegang geeft tot innoverende behandelingen, dat men hem moet belasten

met invasieve onderzoeken zonder klinisch of therapeutisch belang, die overbodig zijn volgens de regels van een goede klinische praktijk. Vanuit ethisch oogpunt kan men zich trouwens afvragen waarom men ons vraagt om het geduld en de goede wil van de gezinnen op de proef te stellen, louter en alleen omdat wij ons moeten houden aan protocols die volledig buiten de leefwereld van de patiënten vallen.

Moet men dan minder studies maken?

Nee, natuurlijk niet. Men moet wel meer en beter luisteren naar wat er in het veld leeft. En iets minder achterdocht zou een zegen zijn: de firma's voelen de druk van bijvoorbeeld de toenemende eisen van bepaalde agentschappen. Het lijkt wel of ze zich tegen alles willen beschermen door voor de minste of

geringste wijziging met wijzigingsclausules van 15 pagina's te komen aandraven!

Welke risico's gaan er dan gepaard met de al te hoge eisen die gesteld worden aan studies?

We hebben soms de indruk dat het product het middelpunt is van al die studies, en niet de patiënt. Als de firma's zich koste wat het kost tegen alles en nog wat willen beschermen, dan dreigen ze uiteindelijk helemaal geen voeling meer te hebben met de realiteit en met wat men redelijkerwijze mag verwachten van kinderen en gezinnen. Onderzoekers en artsen zullen dan misschien gaan aarzelen om nog voorstellen te doen aan hun jonge patiënten en ze zullen misschien afhaken, terwijl klinische studies juist van essentieel belang zijn voor de therapeutische vooruitgang.

Mijn baby heeft de blues

4 tot 8% van de kinderen lijdt aan depressie of angststoornissen. Het zijn alarmerende, zelfs verontrustende cijfers, die ons idealistische beeld van de "gelukkige" en "zorgeloze" kindertijd danig in het gedrang brengen. Véronique Delvenne, kinderpsychiater en professor in de kinder- en adolescentenpsychiatrie aan de ULB (Université Libre de Bruxelles), werpt voor ons een licht op de oorzaken van een babyblues bij kinderen.



Véronique Delvenne

Aan welke psychische aandoeningen lijden kinderen vandaag?

De voornaamste klachten waarmee ouders met hun kind bij een psychiater langsgaan, zijn leerstoornissen: moeilijkheden om zich te concentreren, om de aandacht erbij te houden, hyperactiviteit... Het zijn vaak tekenen aan de wand van achterliggende psychische problemen die zich vertalen in moeilijkheden op school. Daarna volgen de gedragsaandoeningen, zoals gewelddadigheid, dreiging met zelfmoord, enz. Angstig en depressief gedrag vertegenwoordigt ten slotte 20% van de raadplegingen. De laatste jaren komen deze drie soorten van aandoeningen steeds vaker voor.

Hoe valt deze stijging te verklaren?

Er spelen natuurlijk steeds verschillende factoren mee, maar vaak ligt de oorzaak bij problemen in de omgeving, in de familie, op school, in de maatschappij... die een weerslag hebben op het kind. Een groot aantal problemen wordt daarnaast ook veroorzaakt door een gebrekkige of slechte relatie met de ouders. Deze problemen zijn vandaag de dag beter bekend en erkend dan in het verleden.

Het blijft moeilijk om zich voor te stellen dat een kind, en al zeker een baby, zo hard psychisch kan afzien...

Ja, hier hangt nog een waar taboe rond en toch komen psychische problemen bij kinderen vaak voor! Depressie en angstaandoeningen komen bijvoorbeeld voor bij 4 à 8% van de kinderen van 0 tot 12 jaar. En dan worden er bij 0- tot 3-jarigen nog nauwelijks diagnoses gesteld, omdat de aandoeningen niet gedetecteerd konden worden. Baby's en heel jonge kinderen kunnen enkel hun lichaam gebruiken om hun psychische pijn te uiten: weigeren om te eten, slapeloosheid, huilen, apathie, groeiachterstand... Je moet al arendsogen hebben om deze alarmsignalen met een depressie in verband te brengen.

Zijn de ouders de eersten die het vreemde gedrag van hun kinderen opmerken?

Neen, het is voornamelijk op school dat psychische aandoeningen bij kinderen worden opgemerkt, omdat ze zich vaak vertalen in grote schoolproblemen. In ons land leveren de leerkrachten en PMS-centra op dit vlak prachtig werk: ze hebben er een zesde

zintuig voor ontwikkeld. Bij baby's en kinderen die nog geen school lopen, is het helaas veel moeilijker om diagnoses te stellen. De term depressie wordt zelden uitgesproken in verband met baby's en als er al psychische problemen worden vastgesteld, dan is dat vaak dankzij het geoefende oog van verpleegkundigen of sociaal assistenten van Kind en Gezin.

Veel kinderpsychiaters hebben een gemengde praktijk, ze werken deeltijds in een ziekenhuis en deeltijds in een kabinet. U ook. Wat is het verschil tussen een raadpleging in een ziekenhuis en in een privé-kabinet?

In het ziekenhuis zijn de psychische aandoeningen van de kinderen veel zwaarder, complexer en komen er meerdere factoren bij kijken: er worden kinderen opgevangen met meerdere problemen tegelijk, comorbiditeit en ernstige gedragsstoornissen. Vaak liggen de ouders aan de basis van deze ernstige situaties: ze mishandelen of negeren hun kind of lijden zelf aan mentale aandoeningen. Men schat dat 70% van de ouders van kinderen die opgenomen zijn in een psychiatrische ziekenhuiseenheid

problemen hebben als psychose, depressie en alcoholisme. De kinderen zelf hebben vaak problemen met hun psychologische ontwikkeling.

Hoe worden deze aandoeningen behandeld?

Kinderen krijgen zelden antidepressiva of neuroleptica voorgeschreven, omdat men niet weet welke uitwerking deze geneesmiddelen op hen zullen hebben. De psychotherapeutische aanpak impliceert vaak een dubbele benadering: het kind zelf enerzijds en de relatie met de ouders anderzijds. Deze dubbele aanpak (individueel en binnen het gezin) is doeltreffend. Het grote voordeel bij kinderen is dat de therapieën veel korter zijn dan bij volwassenen. Het reactievermogen van een kind op de behandeling is groter en al na enkele sessies bij de kinderpsychiater worden er goede resultaten geboekt.

Moeilijker is het om baby's en heel kleine kinderen te behandelen. Onze samenleving is er namelijk hardnekkig van overtuigd dat een kind bij zijn ouders thuis hoort: kinderen worden dan ook koste wat

kost in hun gezinskader gehouden, terwijl ze soms beter en sneller zouden herstellen in een andere omgeving. Men mag niet vergeten dat 6 maanden uit het leven van een kind van 2 jaar overeenstemt met 10 jaar uit het leven van een volwassene van 40 jaar. Als er dus niet dringend actie ondernomen wordt, kan de situatie snel van kwaad naar erger gaan! Het is aan de rechter om in zulke gevallen een beslissing te nemen, maar het blijft een delicate beslissing.

Is België goed georganiseerd op vlak van de behandeling van psychische aandoeningen bij kinderen?

Ik denk van wel, ook al zijn er te weinig kinderpsychiaters in de ziekenhuizen en de mentale gezondheidscentra. Het is een terugkerend probleem, dat bijzonder acuut is in Vlaanderen. Veel beroepsbeoefenaars gaan er in Nederland werken, omdat ze er beter betaald worden. Bijgevolg zijn de wachttijden voor een afspraak bij een kinderpsychiater erg lang. Maar over het algemeen moet men toegeven dat België de laatste jaren vooruitgang geboekt

heeft tegenover bepaalde Europese landen. De opwaardering van kinderpsychiatrie heeft een positief effect gehad op de kwaliteit van de aanpak en de opvolging van psychische aandoeningen bij kinderen.

Ik vind het alleen spijtig dat een deel van de financiële middelen die toegekend worden aan de intensieve behandelunits van jonge delinquenten niet geïnvesteerd worden in projecten rond vroegtijdige aanpak, zoals de mobiele kinderpsychiatrische ploegen, die aan thuiswerk doen. Deze ploegen, waarvan er vandaag maar weinig bestaan, doen aan preventief werk en zouden versterkt moeten worden. Zo kan vermeden worden dat kinderen die niet tijdig behandeld werden, enkele jaren later in het ziekenhuis belanden met zware psychiatrische aandoeningen. Door vroegtijdige detectie te financieren, zou men kunnen werken aan de latere ontwikkeling van het kind en zou men de ouders kunnen ontlasten.



Interview door Karima Amrous

karima.amrous@mlaz.be

Kinderen in het ziekenhuis en hun rechten

Zelfs al blijft het uitzonderlijk, toch worden jaarlijks kinderen opgenomen in de dienst psychiatrie van het ziekenhuis. Worden deze jonge patiënten goed behandeld tijdens hun ziekenhuisverblijf en gebeurt dit volgens de rechten die de Belgische wetgeving (wet op de rechten van de patiënten) en de internationale verdragen hen toekennen? UNICEF ging op onderzoek en nam in 14 Belgische psychiatrische diensten en pediatriediensten enquêtes af bij de kinderen en het verzorgend personeel. Het eindoordeel? Er is nog werk aan de winkel op het vlak van het respecteren van de rechten van kinderen!

UNICEF doet in zijn evaluatierapport (2008) de volgende aanbevelingen:

- Het plaatsen in een instelling moet een uiterste hulpmiddel blijven. De beperking van de vrijheid, zoals bij een isolement, mag slechts uitzonderlijk en alleen ter bescherming van het kind en anderen, aangewend worden.

- De psychiatrische behandeling moet zo min mogelijk ingrijpend zijn. Volgens dit principe moeten kinderen de behandeling krijgen die de minste impact heeft op hun fysieke, mentale en morele integriteit.
- De geplaatste kinderen moeten het recht hebben om betrokken te zijn in de beslissingen die hen aangaan. Ze moeten voldoende geïnformeerd worden over hun opname, in een door hen te begrijpen taal.
- De plaatsing van kinderen moet periodiek geëvalueerd worden.

Eind 2010 werd een voorstel met deze eisen ingediend bij de Senaat.



www.unicef.be

Kinderzorgen

Welk alternatief bestaat er voor hospitalisatie?

Nog meer dan bij volwassenen is voor kinderen een verblijf in het ziekenhuis een bron van angst. Weggerukt uit hun vertrouwde familie- of schoolomgeving, voelen ze zich vaak verloren en willen ze maar één ding: terug naar huis! Is thuiszorg in België een optie, wanneer de gezondheidstoestand van het kind om zware medische verzorging vraagt? Zelden, maar er is verandering op til... Een woordje uitleg.

Volgens het eerste artikel van het Handvest van de European Association for Children in Hospital (EACH) mag de opname in een ziekenhuis van een kind "slechts plaatshebben wanneer de vereiste verzorging thuis, via externe raadpleging of daghospitaal, niet mogelijk is." Met andere woorden: vooraleer beslist wordt om een kind te laten opnemen in het ziekenhuis, zouden alle andere mogelijkheden van medische verzorging onderzocht moeten worden (thuis, in het dagziekenhuis of elke andere oplossing), om zo de beste keuze te maken in het belang van het kind.

Aarzelend

België mag dan instemmen met deze verklaring van goede bedoelingen, in de praktijk gaat het er anders aan toe! Kinderen die in ons land in het ziekenhuis verzorgd worden, krijgen zelden de mogelijkheid om terug naar huis te keren, wanneer de medische behandeling die ze in het ziekenhuis krijgen, mits de nodige aanpassingen, ook thuis verleend zou kunnen worden. Waarom? Er is een groot gebrek aan structuren voor kinderthuiszorg, die officieel georganiseerd, omkaderd en erkend zijn en aan informatie binnen de pediatrie-eenheden van het ziekenhuis over de bestaande mogelijkheden qua opvolging na de ziekenhuisopname (thuiszorgdiensten). In 2007 deed een franstalige vereniging voor de humanisering in het ziekenhuis een enquête bij 165 kinderartsen, waaruit bleek dat meer dan de helft van deze artsen niet op de hoogte was van het bestaan van pediatriediensten buiten het ziekenhuis in hun omgeving, terwijl ze de oprichting

van deze diensten wel "noodzakelijk" achtten!

Deze onduidelijke context maakt dat ouders en verzorgers niet staan te trappelen om kinderen het ziekenhuis sneller te laten verlaten, zelfs wanneer hun gezondheidstoestand dit toelaat. Het gevolg is dat ziekenhuisopnames van kinderen in België soms langer duren dan nodig, bij gebrek aan een "echt" alternatief thuis voor de hospitalisatie, met speciaal hiervoor opgeleide multidisciplinaire verzorgingsploegen. Andere landen zoals Frankrijk en Australië hebben hier wel ervaring mee.

Thuiszorg even performant als in het ziekenhuis

Een ziekenhuisverblijf is voor een kind vaak een hele beproeving. Zeker ernstige of ongeneeslijke chronische ziektes vragen een constante opvolging en halen het kind voor lange tijd uit zijn vertrouwde omgeving (school, familie, hobby's). Vanuit deze vaststelling, en onder invloed van de verenigingen ter verdediging van de levenskwaliteit van kinderen en hun "rechten" om gehoord te worden, heeft het Belgische Parlement in juni 2009 een resolutie aangenomen die stelt dat het ideaal zou zijn dat de kleine patiënten de keuze zouden hebben om terug naar huis te gaan, wanneer de behandeling thuis kan gebeuren. De resolutie verwijst naar de creatie in ons land van globale oplossingen van het type "kinderthuiszorg", als aanvulling op de huidige ziekenhuisploegen en in nauwe samenwerking ermee.

"Kinderthuiszorg" is een vrij nieuw concept dat betrekking heeft op de medische en paramedische behandelingen die verleend kunnen worden aan het

...

kind, wanneer zijn verblijf in het ziekenhuis niet meer noodzakelijk geacht wordt door de verzorgingsploeg. Het is niet de bedoeling om het ziekenhuis volledig naar huis "over te brengen" (dat is onmogelijk), maar om binnen het gezinskader optimale omstandigheden te creëren van medische opvolging, zowel op vlak van veiligheid als qua kwaliteit van de behandeling. De verzorging thuis moet van dezelfde kwaliteit zijn als die in het ziekenhuis. Natuurlijk mag zo'n thuishospitalisatie voor het gezin nooit opgelegd worden: alleen wie dit wenst, kan er een beroep op doen, zonder dat de ouders daarbij omgevormd worden tot verpleegkundigen, want dat is niet hun rol.

Minder ziekenhuisinfecties

Vandaag de dag bestaan er in ons land verschillende formules voor verzorging buiten het ziekenhuis, zoals de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT), maar deze aanpak is enkel geschikt voor bepaalde soorten aandoeningen en is zelden aangepast aan de opvolging van kinderen. Thuis curatieve kinderverzorging kunnen blijven verlenen in geval van zware en complexe ziektes of acute ziekenhuisopnames inkorten met een periode thuis, dat is vandaag de ware uitdaging. Lange onderbrekingen uit het dagelijkse leven hebben namelijk een negatieve invloed op de affectieve en psychologische ontwikkeling van het kind en zijn schoolwerk.

Op financieel vlak zou de creatie van een wettelijk kader rond pediatrieopvolging thuis een positieve impact kunnen hebben voor de sociale zekerheid, maar vooral voor de ouders, die momenteel gestraft worden als ze kiezen voor thuiszorg, omwille van de ongelijke terugbetaling tussen ziekenhuisverstrekkingen en verstrekkingen erbuiten. Volgens de parlementaire resolutie die in 2009 werd aangenomen,

Vandaag de dag blijven te veel kinderen gehospitaliseerd voor verzorging die ook thuis verleend zou kunnen worden door multidisciplinaire ploegen, gespecialiseerd in pediatrie.

zou de kostprijs van een thuiszorgdag nochtans de helft goedkoper moeten zijn voor de sociale zekerheid dan een klassieke hospitalisatiedag!

Terugkeren naar huis zou ook het risico op ziekenhuisinfecties kunnen verminderen, die vandaag de dag bij 6% van alle gehospitaliseerde patiënten in België voorkomen en jaarlijks 2.600 doden eisen (schatting van het Federaal Kenniscentrum, KCE).

Eerste stap in de richting van erkenning

Er bestaan momenteel enkele losstaande pilootprojecten voor de coördinatie van kinderthuiszorg, zoals de vzw Aremis in Brussel, Solidariteit voor het Gezin of Familiehulp, maar die zijn niet over heel België in kaart gebracht. Federaal Minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx wil de ontwikkeling van dergelijke initiatieven ondersteunen. Sinds eind 2010 definieert een koninklijk besluit de erkenningsvoorwaarden (en dus de financiering) van de functie van "pediatrische liaison" bij die ziekenhuizen die jaarlijks een minimumaantal kinderen behandelen met zware chronische aandoeningen. De rol van deze "pediatrische liaison" zal onder

andere bestaan uit het "bevorderen van de continuïteit van de ziekenhuisbehandeling, wanneer de jonge patiënt het ziekenhuis verlaat om zijn behandeling thuis voort te zetten". Dit in het vooruitzicht van de creatie van pluridisciplinaire ploegen waarvan bepaalde leden op elk moment bereikbaar zouden moeten zijn (kinderarts, verpleegkundige). Een eerste stap in de richting van een uitgebreidere erkenning van de structuren van kinderthuiszorg?



Karima Amrous

karima.amrous@mloz.be

Meer weten

Enkele organisaties die formules van thuiszorg voor kinderen aanbieden:

Solidariteit voor het Gezin, www.solidariteit.be

Familiehulp, www.familiehulp.be

IP – Assistance (Medical Care Continuity project), www.ip-assistance.be

Hospichild: een website met informatie voor ouders en zorgverleners over alle aspecten van een hospitalisatie bij kinderen vóór, tijdens en na de opname, www.hospichild.be

De sociale diensten van de ziekenfondsen geven informatie en tips over thuiszorg.

De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

De thuishospitalisatie: een gecoördineerde benadering

Het vinden van alternatieven voor de hospitalisatie, zoals de thuishospitalisatie, is een grote uitdaging voor de toekomst van ons zorgsysteem. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn voor goed georganiseerde thuishospitalisatiemodellen, die beantwoorden aan strikte kwaliteitscriteria en die de patiënten niet opzadelen met stijgende uitgaven.



Historisch is het zo dat de vooruitgang van de geneeskunde en de evolutie van de diagnostische en curatieve technologie geleid hebben tot een beweging van "hospitalocentrisme". Het ziekenhuis is de tempel van de moderne geneeskunde geworden. Toch blijken de ziekenhuizen zich nu open te stellen voor de buitenwereld, onder de invloed van diverse factoren, zoals de vraag van de patiënten, economische stimuli én de technologische vooruitgang. Het dagziekenhuis was een eerste stap. Dit dynamische en veranderlijke proces heeft geleid tot het "extern maken" van de zorg via ambulante structuren of in de woonomgeving van de patiënten. Vooral bij kinderen vermindert de thuishospitalisatie de emotionele impact van de ziekte.

De oprichting van tussenstructuren en organisaties die de zorg kunnen overnemen (dag- en nachtcentra, RVT/ROB, verpleegkunde, huizen voor respijtzorg,...), vergemakkelijkt dit proces. Zo ontstaan er nuttige partnerships voor de ontwikkeling van andere zorgvormen dan de klassieke ziekenhuisopname.

Uitdagingen

Dit alles is wel nog in de maak. Het aanbod is nog niet goed gestructureerd, de toegankelijkheid is wisselvallig, de verscheidenheid groot. Toch is efficiëntieverlies mogelijk. De kwaliteit van de zorg is niet gegarandeerd en dubbel gebruik van de resources behoort

tot de mogelijkheden.

Het vinden van alternatieven voor de ziekenhuisopname, is een grote uitdaging voor de toekomst van ons zorgsysteem. Dergelijke alternatieven passen nochtans prima in het zorgtraject van patiënten, getroffen door zware, acute of

Als de kwaliteit gelijk blijft én als de kostprijs van de andere mogelijkheden, het comfort en de levenskwaliteit voor de patiënten en hun gezin voordelig zijn, dan zijn wij ervan overtuigd dat dergelijke projecten onze steun verdienen.

chronische ziektes. Als zorgverzekeraar, moeten de Onafhankelijke Ziekenfondsen actief hun steentje bijdragen.

De behandelende arts als middelpunt

Wij zijn voor goed georganiseerde thuishospitalisatiemodellen, die de patiënt niet op kosten jagen. De coördinatie, de naadloze zorg, de veiligheid van de patiënt en de kwaliteit van de omkadering moeten verzekerd worden, net zoals de opleiding en de eventuele psychosociale ondersteuning. Dankzij een dergelijke hospitalisatie, moet de patiënt in zijn woning medische en paramedische zorg krijgen, voorgeschreven door een

ziekenhuisarts, na de opmaak van een gecoördineerd zorgplan, waarbinnen de behandelende arts een essentiële plaats bekleedt. De opgerichte structuur moet beantwoorden aan prestatiecriteria, die geformaliseerd moeten worden in de vorm van een erkenning, zoals de klassieke hospitalisatiestructuren. Er moet een permanente evaluatie komen met accreditatiecriteria, die gepaard gaan met te bereiken doelstellingen.

Gezien al die eisen, moet deze hospitalisatievorm facultatief en omkeerbaar blijven. De haalbaarheid moet, geval per geval, beoordeeld worden, rekening houdend met de capaciteiten van de omgeving, de ligging van de woonplaats, de beschikbare medische, paramedische en hospitalisatiemogelijkheden.

Wij zijn beheerders van het gezondheidssysteem en hebben een vertrouwenscontract met onze leden. We zijn financieel verantwoordelijk voor de overleving van onze gezondheidszorg. Als de kwaliteit gelijk blijft én als de kostprijs van de andere mogelijkheden, het comfort en de levenskwaliteit voor de patiënten en hun gezin voordelig zijn, dan zijn wij ervan overtuigd dat dergelijke projecten onze steun verdienen.



D. De Temmerman - Geneesheer-expert
dominique.detemmerman@mloz.be

R. De Paepe - Expert
regina.depaepe@mloz.be



Mario Govaerts

Pijn bij kinderen

"Belgische ziekenhuizen boeken vooruitgang, maar kunnen nog beter"

Anesthesist Mario Govaerts was de eerste algoloog-kinderarts van België. Nadat hij 40 jaar van zijn leven gewijd heeft aan het verlichten van pijn bij kinderen, coördineerde hij het "Project acute pijn bij kinderen", waarvan de besluiten eind 2010 officieel bekendgemaakt werden.

Hoe komt het dat de pijn van een kind zo specifiek is?

Lange tijd geloofde men dat een kind geen pijn kon voelen, omdat zijn zenuwstelsel nog niet volgroeid was. Vandaag weten we dat het tegenovergestelde waar is: hoe jonger de patiënt, hoe intenser de pijn! Het onrijpe zenuwstelsel bij een kind zorgt er namelijk voor dat hij de natuurlijke mechanismen om de pijn te verhinderen niet in werking kan zetten. Bij kinderen is de pijn niet alleen heviger, maar ook vager, algemener en blijft hij langer in het geheugen gegrift.

U was coördinator van een ambitieus nationaal project. Wat waren de voornaamste conclusies?

Het "Nationaal Project acute pijn" kwam tot stand in 2003, op initiatief van minister Rudy Demotte en wordt vandaag de dag nog voortgezet. Het bestaat uit verschillende fasen. Eén ervan was een enquête in 13 Belgische ziekenhuizen, voor en na de invoering van een medisch-verpleegkundige dienst, opgeleid voor het behandelen van pijn bij kinderen. Deze dienst was onder andere belast met het sensibiliseren van de ploegen rond pijn bij kinderen en het creëren van structurele werkmethodes voor een betere opvolging van deze pijn. Uit de enquête bleek dat na 2 jaar werken met deze pijneenheden er enorm veel vooruitgang geboekt werd door de ziekenhuizen. Zowel de kwaliteit van de aanpak van pijn bij kinderen als de procedures verbeterden.

Wat zullen de gevolgen zijn van dit project?

Om de zuurverdiende vooruitgang niet weer kwijt te spelen, heeft de minister van Volksgezondheid de

financiering voortgezet van de verpleegkundigen die werken rond pijnbestrijding bij kinderen in de 13 deelnemende ziekenhuizen, in afwachting van een financiering van de ploegen voor acute pijn in alle diensten waarin kinderen opgenomen worden.

Wordt in 2011 de pijn van kinderen in de Belgische ziekenhuizen goed opgevolgd?

Op vlak van de mentaliteit in de ziekenhuizen is er zeker vooruitgang geboekt, maar die vertaalt zich nog niet genoeg in concrete resultaten in het veld. Pijn wordt in onze ziekenhuizen bijvoorbeeld nog te weinig geëvalueerd en de opleiding algologie is zo goed als onbestaande of komt slechts zeer oppervlakkig aan bod tijdens de studies. Vandaag krijgt een kind op twee met pijn geen pijnstillend middel in het ziekenhuis en slechts 30% van de kinderen gaat naar huis met een voorschrift, alsof pijn na de operatie uitgesloten is.

Wat raadt u aan?

Er is een globaal beleid nodig in de strijd tegen pijn bij kinderen. In alle ziekenhuizen die kinderen verzorgen moeten op nationaal niveau multidisciplinaire eenheden gefinancierd worden, die minstens bestaan uit een arts en een verpleegkundige die een pediatrische algologie-opleiding gehad hebben. Deze diensten zouden een reglementaire autoriteit moeten hebben en dus aanvaard moeten worden door alle ziekenhuizen. Er moeten ook maatregelen genomen worden op vlak van de voortgezette opleiding van het verzorgend personeel (artsen en verpleegkundigen) en de publicatie van nationale aanbevelingen.



Interview door Karima Amrous
karima.amrous@mlz.be

Jong en ziek: naar een optimale behandeling

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten ervoor om de nadruk te leggen op:

- De registratie van gezondheidsproblemen vanaf de geboorte. Voor 2011 werd op de begroting een bedrag ingeschreven voor de opvolging van "vroege prematuren", de meest kwetsbare zuigelingen, tot hun zevende jaar.
- De organisatie van zorg dicht bij het kind en in zijn natuurlijke omgeving, thuis dus. Thuishospitalisatie voor kinderen moet absoluut ontwikkeld worden. (lees ons standpunt hierover op p.14).
- De doelmatige pijnbehandeling bij kinderen.
- Een bijzondere aandacht voor de geestelijke gezondheid.

Pijn bij kinderen

Als woorden tekortschieten

Lange tijd werd pijn bij kinderen geminimaliseerd of zelfs ontkend door het medische korps. Volgens anesthesist Frank Van Trimpont, valt deze ontkenning, die bij bepaalde artsen nog altijd leeft, te verklaren door het feit dat kinderen hun pijn niet verbaal kunnen uiten. Een overzicht van zijn bedenkingen.



“W e ontkennen niet dat onze kinderen pijn kunnen voelen en we snellen hen dan ook meteen ter hulp, als we ze een valpartij zien maken. Maar als ze nog niet de leeftijd hebben om de intensiteit en de plaats van hun pijn uit te drukken en te omschrijven, hebben we dan nog dezelfde reactie? Hoe erger de valpartij er uitziet, hoe meer aandacht we hen zullen geven, ook al reageert het kind niet extreem, door bijvoorbeeld te huilen. Lijkt de valpartij in onze ogen niet zo ernstig of hebben we ze niet met onze eigen ogen gezien, dan zullen we sneller denken dat het minder erg is.

Een kalm, slaperig of terneerorgeslagen kind kan echter meer pijn hebben dan een kind in tranen. We hebben de neiging om in zulke gevallen echter minder bezorgd te zijn, want we denken dat het kind geen pijn voelt, aangezien het er geen uiting aan geeft. Het zou dom zijn om hieruit af te leiden dat het kind geen pijn voelt. Tot begin jaren 80 was dat nochtans de redenering die gevolgd werd bij de benadering van pijn bij kinderen. De verklaring voor deze overtuiging was de onrijpheid van het zenuwstelsel van een kind. Het zenuwstelsel bij een kind is inderdaad niet volledig vergelijkbaar met dat van een volwassene, maar dat is niet omwille van zijn onvermogen om informatie over pijn door te geven, maar eerder omdat het kind er geen ervaring mee heeft. Als een kind zijn hand op een warmtebron legt, dan doet hij dat niet omdat hij geen pijn voelt, maar omdat hij nog niet vertrouwd is met de pijn die deze warmtebron zou kunnen veroorzaken.

De essentie over het hoofd gezien

De laatste jaren wordt er in de medische literatuur veel geschreven over pijn bij kinderen, het bewijs dat het onderwerp ondertussen erkend wordt.

De onderzoeken gaan niet alleen over geneesmiddelen voor kinderen, die nooit meer zijn dan geneesmiddelen voor volwassenen aangepast aan

het gewicht van een kind, maar ook over hulpmiddelen om pijn bij kinderen te meten.

Al deze hulpmiddelen hebben één punt gemeenschappelijk: ze bieden een oplossing voor het gebrek aan verbale communicatie met kinderen over hun pijn. De erkenning van de mogelijkheid van pijn bij een kind, hoewel het zich niet in woorden kan uitdrukken, heeft wetenschappers er onmiddellijk toe aangezet om op zoek te gaan naar een rationele en geruststellende manier om pijn bij kinderen te begrijpen en in gradaties om te zetten. Een arts kan momenteel cijfers en wiskundige gemiddelden gebruiken bij het inschatten van pijn bij kinderen. Hij mag er nu zeker van zijn (of denkt dit toch) dat een kind pijn heeft, wanneer het 8 op 10 behaalde op de

Objective Pain Scale, een van de manieren om pijn bij kinderen te evalueren. Het is bedroevend dat men nauwkeurige hulpmiddelen nodig heeft om eindelijk toe te geven dat men van bij het begin het belangrijkste over het hoofd heeft gezien, namelijk: luisteren naar het kind of het observeren, omdat het niet de verbale uitdrukkingsmogelijkheden heeft om zijn pijn uit te drukken.

Een arts kan momenteel cijfers en wiskundige gemiddelden gebruiken bij het inschatten van pijn bij kinderen. Het is bedroevend dat men nauwkeurige hulpmiddelen nodig heeft om eindelijk toe te geven dat men van bij het begin het belangrijkste over het hoofd heeft gezien, namelijk: luisteren naar het kind of het observeren, omdat het niet de verbale uitdrukkingsmogelijkheden heeft om zijn pijn uit te drukken.

Leeftijdsgrens

In dit stadium duikt er een andere vraag op. Een kind heeft pijn, zoveel is zeker, maar bestaat er ook een leeftijdsgrens waaronder het geen pijn voelt? De Duitse fysioloog en psycholoog Wilhem Preyer beweerde in 1882 dat een pasgeborene tijdens de eerste levensweken geen pijn voelt. Hij baseerde zich hiervoor op een test waarbij hij vaststelde dat een pasgeborene die de borst kreeg, geen speldenprikken voelde. Voor deze vaststelling werd onlangs een verklaring gevonden. De zuigbewegingen van de pasgeborenen veroorzaken tot de leeftijd van twee maanden de productie van endorfines. Die stoffen zijn te vergelijken met de krachtigste en meest bekende pijnstillers, morfine, maar worden door het eigen organisme van de pasgeborene aangemaakt. Het ontbreken van een reactie op een pijnprikkel is dus niet de weerspiegeling van het onvermogen om pijn te voelen, maar juist het bewijs van de efficiëntie van een fysiologische functie, die bedoeld is om pijn te bestrijden. Sinds enkele jaren wordt deze levensfase uitgebreid onderzocht en kan het gebrek aan verbale uitdrukking van de pijn bij pasgeborenen met observatie- en evaluatieschalen worden verholpen.

Een kalm, slapend of terneergeslagen kind kan meer pijn hebben dan een kind in tranen.

is echter minder zeker. De evaluatie van de pijn bij kinderen begint bij zijn geboorte, maar wat met pijn in het foetale stadium? De foetus is het toppunt van niet-verbale communicatie, aangezien het kind nog niet geboren is, maar wil dit zeggen dat het nooit pijn lijdt? Zorgen bepaalde chemische wijzigingen bij de moeder niet voor storingen bij de foetus? En wordt pijn die de moeder ervaart, niet aan de foetus doorgegeven? De verschillende hypothesen worden momenteel bestudeerd, maar echte antwoorden zijn er nog niet gevonden.

Pijn zorgt ervoor dat verschillende factoren in de bloedsomloop worden opgenomen, zoals cortisol, hormonen veroorzaakt bij de perceptie door de moeder van stress, hinder of pijn. Deze factoren maken dat de moeder reageert op haar pijn, maar zullen ook in het lichaam van de foetus doordringen, aangezien de bloedsomloop van de foetus die van de moeder is. Hier nogmaals het onrijpe zenuwstelsel aanhalen om de mogelijkheid van pijn uit te sluiten, is een riskante hypothese. Er worden steeds meer diagnostische of therapeutische handelingen uitgevoerd op foetussen. Zouden we er niet aan moeten gaan denken om niet alleen de moeder, maar ook de foetus een pijnstiller toe te dienen?

Culturele verschillen

We zouden kunnen denken dat de ontkenning van pijn bij kinderen nu wel van de baan is. Dat mag dan het geval zijn in West-Europa, in andere delen van de wereld is de situatie heel anders. Er zijn nog steeds veel landen waar men niet gelooft dat kinderen pijn kunnen hebben. In het Midden-Oosten, in Afrika en in Azië worden chirurgische ingrepen uitgevoerd zonder verdoving. Kinderen met hevige pijn krijgen geen pijnstillers. Zo bleek uit een audit in een ziekenhuis in het Midden-Oosten eind 2005 dat er geen analgetica toegediend werden na een operatie in een ziekenhuis dat voornamelijk kinderen behandelt. Als er al pijnstillers werden voorgeschreven, dan ging het om lichte vormen en nooit om morfine. De doeltreffendheid van deze substantie hoeft nochtans niet meer aangetoond te worden. Desondanks zijn er in Europa nog veel artsen die aarzelen om morfine te gebruiken bij kinderen, omdat ze vrezen voor gewenning. Vooral vrouwelijke artsen zijn erg terughoudend.

Wat met de foetus?

De medische wereld is dus gerustgesteld: elke niet-verbale pijn kan nu vertaald worden in cijfers. Niets

Pijn bestaat, of die nu uitgedrukt wordt of niet

We haalden al eerder het fenomeen van het onthouden van pijn aan. Hierbij dient opgemerkt te worden dat ook stress de kans verhoogt om de pijnlijke episode of de omstandigheden ervan te onthouden. De verbale expressie ervan, zal daarentegen de perceptie van de pijn kunnen verminderen. "Niets verlicht de pijn meer dan erover kunnen klagen".

Uiteindelijk is verbale uiting van pijn slechts één element binnen het hele fenomeen dat pijn heet. Pijn wordt gevoeld onafhankelijk van de uitdrukking ervan, maar het onder woorden brengen van de pijn kan wel een louterend effect hebben. Een dier dat lijdt, zal zich niet meer kunnen uitdrukken dan een kind, pasgeborene, dove of demente persoon of iemand die ervoor heeft gekozen om zijn pijn woordeloos te ondergaan."



Dr. Frank Van Trimpont

Frank Van Trimpont is hoofd van het medisch departement van het ziekenhuis Hornu, auteur van "Naar een optimale pijnbehandling op de spoedgevallendienst", gepubliceerd in 2007 door het UPSA Belgisch Pijninstituut in samenwerking met de Belgian Pain Society.

Zeldzame ziekten

Pleidooi voor een deskundige opvolging van zeldzame ziekten



Zeldzame ziekten worden niet goed opgevolgd in België: 75% van de patiënten krijgt een onaangepaste behandeling na een verkeerde of laattijdige diagnose. In 2008 werd het Fonds Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen opgericht om een Belgisch plan voor zeldzame ziekten uit te werken. Frankrijk, Spanje en Portugal hebben hun versie al klaar. Hoe ver staat België hiermee? Een ontmoeting met professor Jean-Jacques Cassiman (KULeuven), voorzitter van het Fonds.

Professor Jean-Jacques Cassiman

Hoe zou u de huidige situatie in België omschrijven op vlak van de opvolging van zeldzame ziekten?

Jean-Jacques Cassiman – Voor bepaalde soorten ziekten bestaat er een structuur, bijvoorbeeld voor erfelijke of metabolische ziekten. Voor de meeste zeldzame ziekten (volgens de Europese definitie is een ziekte zeldzaam als ze voorkomt bij 1 persoon op 2.000), is er echter geen organisatie voorzien. Er zijn wel ziekenhuisdiensten die aandacht besteden aan specifieke aspecten van een zeldzame ziekte, maar dan zonder gecoördineerde structuur. Dit betekent dat we geen enkel idee hebben van het aantal patiënten dat in België aan een zeldzame ziekte lijdt! We kunnen dus veronderstellen dat een groot deel van de patiënten niet opgevolgd wordt in centra die hiervoor de nodige expertise bezitten. Er is sprake van ongeveer 7.000 zeldzame ziekten, maar het juiste aantal patiënten kennen we niet. Vandaar

het voorstel om een structuur uit te werken voor een betere medische en sociale dienstverlening voor patiënten met een zeldzame ziekte.

Hoe zou deze structuur werken?

J-J.C. – Alle Europese lidstaten moeten ten laatste tegen 2013 een plan klaar hebben rond de zeldzame ziekten. Ons voorstel is voornamelijk gericht op het bevorderen van de samenwerking tussen onze expertisecentra en die van de andere Europese landen. Het plan moet aangepast worden aan de realiteit van het Belgische gezondheidssysteem. De bedoeling is om alle zieken een kwaliteitsvolle opvolging te bieden in expertisecentra die gespecialiseerd zijn in een bepaalde zeldzame ziekte of een groep ziekten (metabolische ziekten, neuromusculaire ziekten,...). Op die manier kan de diagnose sneller gesteld worden, de tenlasteneming efficiënter gebeuren

en kan een behandeling, indien die bestaat, toegediend worden, met een betere opvolging, vooral als het gaat om weesgeneesmiddelen. Op termijn zouden al deze gegevens in een nationaal register verzameld moeten worden om ze regelmatig te kunnen analyseren. Het is tevens cruciaal dat deze centra nauw samenwerken: een centrum dat bij een patiënt de diagnose stelt van een zeldzame ziekte, moet de reflex hebben om hem door te verwijzen naar het meest gespecialiseerde centrum voor de opvolging van deze ziekte. De structuur van de centra moet wel dynamisch blijven: het kan zijn dat een centrum zijn erkenning verliest omdat zijn experts er niet meer werken of omdat een ander centrum het statuut van expertisecentrum verwerft door de komst van nieuwe gespecialiseerde artsen. De evolutie en de controle van deze centra moeten op nationaal niveau opgevolgd worden.

...

Aan welke vereisten zullen de toekomstige expertisecentra moeten beantwoorden?

J-J.C. - Er bestaan criteria, waarmee de zorginstellingen aanspraak kunnen maken op de titel van expertisecentrum. Een expertisecentrum moet bestaan uit een multidisciplinaire cel die gespecialiseerd is in de opvolging van zeldzame ziekten binnen elk erkend ziekenhuis. Het accent moet liggen op de uiterst zeldzame ziekten, omdat deze patiënten meestal door de mazen van het net glippen. De behandelende arts kent de extreem zeldzame ziekte niet noodzakelijk en verzorgt de patiënt voor een van de symptomen van de ziekte, zonder de juiste diagnose te stellen. Uiteindelijk zorgen deze patiënten voor overconsumptie op vlak van sociale zekerheid, gewoon omdat de diagnose niet correct is!

Andere criteria om een expertisecentrum te kunnen worden, zijn: voldoende patiënten hebben, artikels gepubliceerd hebben over zeldzame ziekten, onderzoek en klinische proeven doen en genoeg personeel hebben.

“Natuurlijk kunnen niet alle 7.000 zeldzame ziekten aan bod komen tijdens hun studies, maar de toekomstige artsen moeten wel de diverse soorten kennen en weten tot welke structuur ze zich kunnen wenden.”

Hoe moeten de behandelende artsen gesensibiliseerd worden?

J-J.C. - Er zijn verschillende manieren. Eerst en vooral moeten zowel de patiënten en hun familie als de behandelende artsen op de hoogte gebracht worden van het

bestaan van de expertisecentra. Wanneer de artsen een “mysterieus” geval tegenkomen, kunnen ze de patiënten spontaan doorverwijzen naar een expertisecentrum. Dat gebeurt vandaag niet.

Daarnaast moeten de artsen ook tijdens hun opleiding beter geïnformeerd worden over dergelijke ziekten en het bestaan van deze structuur van expertisecentra. Natuurlijk kunnen niet alle 7.000 zeldzame ziekten aan bod komen tijdens hun studies, maar de toekomstige artsen moeten wel de diverse soorten kennen en weten tot welke structuur ze zich kunnen wenden. Interactie tussen deze centra en de rest van het medische korps is noodzakelijk om de drempelvrees van de artsen te overwinnen.

Interview door
Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mlaz.be

De zeldzame ziekten op het menu van de begroting 2011

Bij het opstellen van de begroting 2011 voor de gezondheidszorg, heeft de regering meerdere voorstellen van het Fonds voor Zeldzame Ziekten goedgekeurd. Hier volgen de voornaamste binnen dit domein:

- **De terugbetaling mogelijk maken van genetische tests**, uitgevoerd in het buitenland in het kader van de diagnostische analyse van de DNA-stalen van patiënten en hun familieleden die lijden aan zeldzame aandoeningen. Het gaat om tests die geen enkel gespecialiseerd laboratorium in België kan uitvoeren. Momenteel bestaat deze mogelijkheid niet in de reglementering. De terugbetaling van zo'n analyse is slechts mogelijk indien de patiënt zelf naar het buitenland gaat (E112). De test moet ook terugbetaalbaar zijn in het land van bestemming.
- **Een centraal register aanleggen van de patiënten** die lijden aan zeldzame ziekten, wat

in België niet bestaat. Dit register maakt het mogelijk om de gezondheidszorg te plannen op vlak van zeldzame ziekten, dankzij een betere sociale opvolging van de patiënten. De ziekteverzekering zal zo de tenlasteneming kunnen kwantificeren, via een aangepaste codificatie.

- **De referentiecentra voor zeldzame genetische ziekten versterken** om een vroegtijdige diagnose en tenlasteneming én een kwaliteitsvolle begeleiding mogelijk te maken.
- **De toegang verbeteren tot de informatie voor patiënten** die lijden aan zeldzame ziekten en hun familie. De website Orphanet is momenteel de belangrijkste informatiebron over zeldzame ziekten en is beschikbaar in 5 talen. Naast deze supersite, die beheerd wordt vanuit Frankrijk, zal er ook een nationale portaalsite gecreëerd worden voor alle informatie over België.



De beslissingen die genomen werden in de begroting gezondheidszorg 2011 beantwoorden gedeeltelijk aan de maatregelen, voorgesteld door het Fonds Zeldzame Ziekten. Alle details zijn terug te vinden in de publicatie “Aanbevelingen en voorstellen tot maatregelen voor het Belgisch Plan voor Zeldzame Ziekten – Fase I”, opgesteld door de Koning Boudewijnstichting. Deze publicatie kan u gratis downloaden op de website www.kbs-frb.be



Gesprek met Brieuc Van Damme

De bejaarde: van passieve patiënt naar actieve klant?

Binnen 20 jaar verdubbelt de groep van de "senioren" door de komst van de babyboomers (geboren tussen 1945 en 1965). De sociale zekerheid krijgt het nog zwaarder te verduren, als zij verzorging nodig zullen hebben. In zijn boek "Het grijze goud", formuleert Brieuc Van Damme, expert van het Itinera Institute, verfrissende, maar controversiële denksporen ter voorbereiding van die "grijze" tsunami. Een interview.

Wat bedoelt u met uw begrip de "grijze tsunami"?

Brieuc Van Damme - Die grijze tsunami is een golf, bestaande uit meer dan 1 miljoen personen van 65 jaar en ouder, en 3 maal meer tachtigplussers. Als het beleid niet verandert, dan betekent dit: meer dan 180.000 bedden in de residentiële zorg en bijna 600.000 personen die thuiszorg en -diensten nodig zullen hebben. Budgettair komt dit neer op meerdere miljarden in euro's. Het Itinera Institute heeft met de cijfers van het RIZIV berekend dat er 8 miljard meer nodig is, elk jaar, vanaf 2050. Die hele sector wordt nu nog gefinancierd door de sociale zekerheid.

De bejaarde heeft niet de tijd gehad om zich psychologisch, organisatorisch of financieel voor te bereiden op die periode van zorgnood. Er zijn dus weinig mogelijkheden, wanneer de zorgnood zich voordoet.

Op welke manier moet die zorgperiode voorbereid worden, volgens Itinera?

B.V.D. - Itinera vindt dat bejaardenzorg al begint op het einde van het beroepsleven. De persoon kan dan nog 15 à 20 jaar een actief en gezond leven leiden, maar zal geleidelijk eerst comfortzorg en vervolgens medische verzorging nodig hebben. Men kan een financieringsvehikel in het leven roepen dat de (toekomstige) bejaarde kan begeleiden tijdens die periode. Wij beschouwen de babyboomers als de rijkste generatie van het land, een kapitalisatiesysteem mag dus geen taboe zijn. Het zijn mensen die nog een appeltje voor de dorst kunnen bijeen sparen om te beantwoorden aan hun noden in termen van comfort, verzorging, soepelheid en vrijheid. Het is de bedoeling om de persoon te helpen bij het nemen van beslissingen over de financiering van die periode, zonder hem te betuttelen. De zwaksten moeten natuurlijk

beschermd worden. Verscheidenheid is nodig en men moet gebruikmaken van middelen die de toegang tot de zorg van de zwaksten garanderen.

Wat met de ziekenfondsen?

B.V.D. - De ziekenfondsen zouden waarschijnlijk moeten concurreren met openbare en privéverzekeraars. Iedereen zou echter op dezelfde leest geschoeid worden. Dit betekent concreet dat er een politieke keuze gemaakt moet worden. Het ziekenfonds zou de toekomstige bejaarde kunnen begeleiden met een financieel traject, bijvoorbeeld vanaf 45 jaar, via een verzekeringsproduct dat verplicht zou zijn voor iedereen en beheerd zou worden door de ziekenfondsen. Deze laatste zouden een kapitale rol moeten vervullen qua voorlichting en tijdens onderhandelingen. Maar nu zijn we al bij de praktische toepassing beland en we wachten nog op een politiek debat. Volgens mij, zouden de ziekenfondsen een rol spelen bij de financiering, de voorlichting en de onderhandelingen met de zorgverleners over minimale kwaliteitsnormen en prijsafspraken voor de doelgroep.

Wat bedoelt u met "het individu meer slagkracht geven"?

B.V.D. - De zelfstandigheid van de persoon moet versterkt worden: men moet zich richten op wat hij wel nog kan. Men mag zich niet blindstaren op wat hij niet meer kan. Zijn slagkracht kan echt wel verbeterd worden: via aanpassingen aan de woning en via technologische assistentie voor het nemen van beslissingen en het verwerven van informatie. Wie goed geïnformeerd is, voelt zich hoe dan ook sterker. De bejaarde kan dan met kennis van zaken beslissen en keuzes maken, nog vóór hij zorg nodig heeft.

...

Wat stelt u voor als middel om de zelfstandigheid van de bejaarde te bevorderen?

B.V.D. – Een "zorgrekening", want de bejaarde moet zijn forfait zelf kunnen beheren. Nu gebeurt dat door de zorgverleners: zij ontvangen van het RIZIV forfaits voor de personen die zij verzorgen. Itinera stelt voor om aan de bejaarde een forfait te geven dat in verhouding staat tot zijn zorgnood. Hij kan daarmee gaan shoppen bij diverse zorgverleners, om tot een zorgoplossing op maat te komen. We willen een frisse wind doen waaien door de sector, zodat de zorgverleners en instellingen zich kunnen onderscheiden met kwaliteitszorg en concurrentiële prijzen. De passieve patiënt wordt zo een actieve klant. Deze dynamiek is bevorderlijk voor de kwaliteitszorg en doet de prijzen dalen.

Itinera stelt voor om aan de bejaarde een forfait te geven dat afgestemd is op zijn zorgnood, zodat hij kan gaan shoppen bij diverse zorgverleners, om tot een oplossing op maat te komen.

Bent u niet bang voor het ontstaan van een zorgsysteem met twee snelheden?

B.V.D. – Maar dat is het juist! Door de sector goed te structureren, behoudt men een globaal zicht op het geheel en op de reële noden. Nu heeft iedereen recht op een minimum, maar voor sommige mensen volstaat dat niet. Zij sluiten dan privéverzekeringen af bij onbekende verzekeraars, zonder dat iemand daar vat op heeft. Zo krijgt men die beruchte twee snelheden! Als men een goede structuur opricht en aan iedereen de kans geeft om meer zelf te doen, zonder dat men de armsten vergeet te ondersteunen, dan bereikt men iedereen. De kostprijs voor de gemeenschap zal dan ook lager zijn.

Rusthuizen kunnen momenteel subsidies vragen voor nieuwbouw of de renovatie van hun gebouwen en ze krijgen allemaal dezelfde subsidies, of ze nu arm of rijk zijn. Wij stellen voor om die subsidies stop te zetten, zodat de bedragen gebruikt worden voor de financiering van personen die het geld echt nodig hebben.

Denkt u aan een centrale structuur?

B.V.D. – Het is niet de bedoeling om een centraal geleide zorgsector te ontwikkelen, maar de wettelijke structuur moet aan de mensen minima bieden, waaraan zowel de financiële instellingen, als de zorgverleners moeten beantwoorden. Het gaat om een onafhankelijk orgaan, dat een globaal zicht heeft op de zorg, de mogelijkheden en op alle alternatieven

in de geografische zone, en dat voorstellen kan doen aan de senior, op basis van zijn wensen en noden. Een soort van "care manager" voor de dispatching van de verzorging, volgens wat de bejaarde wenst. Door deze structuren op te richten,

doet men meer voor de zwaksten, zonder te raken aan de beter bedeelde personen.

Wie zijn de actoren van de nieuwe zorgorganisatie?

B.V.D. – Er is eerst en vooral het individu en de versterking van zijn zelfredzaamheid en zijn rol, dankzij voorlichting, financiële betrokkenheid en preventie. De tweede actor zijn de zorgverleners, want zij zijn het best geplaatst om te beantwoorden aan de verwachtingen van senioren. Een van de aanbevelingen in het boek is om de zorgkwaliteit te meten met behulp van de bestaande kwaliteitsindicatoren, zodat die kwaliteit gestimuleerd wordt. Men zou de kwaliteitsindicatoren van alle rusthuizen kunnen publiceren op een website, die voor iedereen toegankelijk is. Zo kan men de kwaliteit, maar ook de prijs van die instellingen vergelijken. De derde actor is de overheid met een hoofdrol: voorlichting, organisatie en financiering van de unieke toegangspoorten, van de controle van de kwaliteit en de toegankelijkheid, om een zorgsysteem met twee snelheden te vermijden. De overheid moet diegenen die dat het meest nodig hebben, intensief begeleiden, maar ook financieel ondersteunen.



Interview door Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mlz.be



"Het grijze goud. Hoe de babyboomers van ouderenzorg een succesverhaal kunnen maken." van Brieuc Van Damme met Ivan Van de Cloot & Marc De Vos, Itinera Institute.
Infos: www.itinerainstitute.org

Reactie van de stomapatiënten

"De industrie, de verpleegkundigen en de patiënten bij het debat betrekken"

In één van zijn vorige edities opende Health Forum het debat over het gebrek aan transparantie bij de terugbetalingsmodaliteiten van het stomamateriaal. De vereniging voor stomapatiënten Stoma Ilco wil reageren op deze problematiek. Ze pleit voor de erkenning van de titel van verpleegkundige in de stomatherapie en bekritiseert de uitsluiting uit de debatten van de actoren in het veld.

"Als patiëntengroep streven we uiteraard actief de verbetering van de levenskwaliteit van stomapatiënten na. Het huidige dotatiesysteem past niet binnen dit plaatje. Het systeem van de trimestriële beperking van het stomamateriaal dat ter beschikking gesteld wordt van de patiënten, zorgt er namelijk voor dat de stomadragers geen toegang hebben tot het aantal producten, afgestemd op hun reële situatie. Dat is een feit.

Terugbetaling van het stomamateriaal: dubbele factuur voor de gemeenschap

We wensen u het standpunt van de stomadragers te schetsen over de visie dat het opportuun zou zijn om een onderscheid te maken tussen de dienstverlening en het product. Nu reeds kan binnen de vergoeding

voor het stomamateriaal door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), dit onderscheid gemaakt worden. Het lijkt ons echter belangrijk om te verduidelijken dat de zorgverlener bij de levering van deze producten geen enkele handeling hoeft te stellen.

Soms moeten de producten (kleefplaten) inderdaad verknipt worden, om ze aan te passen aan de grootte van de stoma. De patiënt knipt het materiaal meestal zelf of laat het over aan een familielid of een thuisverpleegkundige.

Bij voorgeknipte producten (kleefplaten) hoeft de zorgverlener echter niets speciaals te doen.

Waarom overweegt men dan een bijzondere vergoeding voor een intellectuele handeling die niet gesteld wordt? Meer nog, deze vergoeding aan de verstrekker wordt voorzien voor alle handelingen (losmaken van de apparatuur, knippen indien nodig, stomaverzorging,

plaatsen van nieuwe apparatuur,...), ook wanneer die verricht worden door de thuisverpleegkundige. Is er op die manier geen risico op een dubbele terugbetaling? Wat met situaties waarbij de patiënt 100% autonoom is? Het RIZIV zou enkel de prijs van het product, geleverd door de zorgverlener, en de verzorging door de verpleegkundige mogen terugbetalen. Niets anders!

Erkenning van de titel van verpleegkundige in stomatherapie: een noodzaak

De enige zorgverstrekking die een stomadrager nodig heeft, is wondzorg. We weten allemaal dat stomaverzorging exclusief toekomt aan de verpleegkundigen en verpleegkundigen-stomatherapeuten. Die laatste zijn op het moment van dit schrijven vreemd genoeg niet erkend door het ministerie van Gezondheid en het ministerie van

Onderwijs, terwijl hun opleiding meer dan 900 uur bedraagt! Wie kan een stomapatiënt beter raad geven dan een verpleegkundige met bijzondere bekwaamingsstomazorg? Is het juist aanleren van stomazorg aan de patiënt niet de beste bescherming tegen overconsumptie? Zou het erkennen van de titel van verpleegkundige in stomatherapie geen garantie bieden van de controle op misbruik van bepaalde economische actoren rond de patiënt? Natuurlijk!

Deelname van alle actoren

In uw artikel* benadrukt Richard Van den Broeck, directeur van UNAMEC, dat het belangrijk is om de industrie te betrekken bij het debat over de producten en hun terugbetaling. Voor zover dat de laboratoria geen strategieën ontwikkelen die ingaan tegen de wet van 22 augustus 2002 over de rechten van de patiënten (vrije keuze van de patiënt om het product te kiezen dat hem het best bevalt), zijn we van mening dat hun standpunt ook gehoord moet worden.

De verenigingen voor stomapatiënten zitten momenteel namelijk in hetzelfde schuitje als de verpleegkundigen-stomatherapeuten en de laboratoria: ze zijn uitgesloten uit de "Overeenkomstencommissie Bandagisten – Verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen) – RIZIV". Ongelooflijk maar waar: geen van deze drie actoren die cruciaal zijn binnen de stomatologie (de producenten, de verzorgers en de gebruikers) mogen deelnemen aan de gesprekken over de praktische en financiële modaliteiten van de tenlasteneming van het stomamateriaal door de gemeenschap. Enkel de verstrekkers (bandagisten en apothekers-bandagisten), de verzekeringsinstellingen (waaronder sommigen die ook verstrekker zijn van stomamateriaal) en de ambtenaren van het RIZIV nemen deel aan deze Overeenkomstencommissie. De tenlasteneming van de stomapatiënten bespreken en organiseren zonder de essentiële

betrokkenen uit de industrie (de laboratoria), de verzorging (de verpleegkundigen in stomatherapie) en het dagelijkse leven (de patiënten) te raadplegen, houdt geen steek. De gevolgen op het terrein van de beslissingen van de "Overeenkomstencommissie Ban-

“Detenlasteneming van de stomapatiënten bespreken en organiseren zonder de echte spelers in het veld uit de industrie (de laboratoria), de verzorging (de verpleegkundigen in stomatherapie) en het dagelijkse leven (de patiënten) te raadplegen, houdt geen steek.”

dagisten – Verzekeringsinstellingen – RIZIV” zijn soms dramatisch. We stellen het dagelijks vast: patiënten krijgen bijvoorbeeld geen terugbetaling voor nieuwe producten, maar wel voor bepaalde producten die zwaar verouderd zijn.

Hoewel de programmawet van 22 december 2008 bij de Wetenschappelijke Raad van het RIZIV gezorgd heeft voor de oprichting van het Observatorium voor chronische ziektes, hebben de patiënten en verpleegkundigen-stomatherapeuten slechts een raadgevende stem. De leden van de "Overeenkomstencommissie Bandagisten – Verzekeringsinstellingen – RIZIV" zijn de enigen die beslissen of ze al dan niet rekening houden met de informatie, afkomstig van patiënten die dagelijks met een stoma moeten leven. De laboratoria zijn dan weer helemaal uitgesloten van deze debatten. Een verontrustende situatie.

Het efficiënte beheer door het RIZIV van de begrotingen voor de tenlasteneming van het materiaal, noodzakelijk voor stomapatiënten, is een zaak van iedereen.

We hopen dat de vertegenwoordigers van de stomapatiënten, verpleegkundigen in stomatherapie, laboratoria, bandagisten, apothekers-bandagisten, verzekeringsinstellingen en het RIZIV in de toekomst gezamenlijk zullen deelnemen aan de Overeenkomstencommissie, zodat de beslissingen die in deze commissie genomen worden, eindelijk met de realiteit zullen overeenstemmen.

Verenigingen ter verdediging van de rechten van de patiënten, partners van de professionals

Natuurlijk is het zo dat het één van de taken van de verenigingen is om de patiënten te verdedigen, maar dat wil niet zeggen dat de verenigingen niet hun eigen netwerken voor de verdeling van materiaal zouden mogen ontwikkelen, wanneer ze vaststellen dat er bij die verdeling en de terugbetalingsprocedures vanalles misgaat. Die redenering gaat zeker op als ze de actoren van de sector hiervan op de hoogte gebracht hebben en deze laatsten weigeren om hun gedrag te veranderen.

Het is namelijk ook de rol van de verenigingen om het systeem te evalueren, met het oog op verbeteringen ten voordele van de maatschappij en de chronisch zieken."



Lucio Scanu,
Voorzitter van Stoma Ilco
Brussel – Wallonië

Dit standpunt wordt ondersteund door **Guido De Ron,**
Voorzitter van Stoma Ilco Vlaanderen



www.stomailco.be

*Health Forum september 2010



Professor **Marc Van Ranst**
KULeuven

Het Debat

Vaccinatie: recht of plicht? We stelden de vraag aan Professor Marc Van Ranst van de KULeuven en aan Patrick Trefois, Directeur Gemeenschapdienst voor gezondheidspromotie van de vzw Question Santé.



Patrick Trefois - Directeur
Gezondheidspromotie
Question Santé

"Vaccinatie is een voorrecht"

Vaccinatie tegen poliomyelitis (kinderverlamming) is sinds 1967 het enige wettelijk verplichte vaccin in België. Mede dankzij de geslaagde vaccinatiecampagne kon in 2002 de Europese regio door de Wereldgezondheidsorganisatie poliovrij verklaard worden. Anno 2011 werken we liever niet met wettelijke vaccinatieverplichtingen. We weten nu uit ervaring dat wanneer we met correcte en wetenschappelijk onderbouwde argumenten uitleggen waarom een vaccinatie sterk aangeraden is, de overgrote meerderheid van de ouders perfect begrijpt dat vaccineren goed is voor de gezondheid van hun kinderen. Meer dan 95% van de zuigelingen wordt in Vlaanderen met de expliciete goedkeuring van de ouders gevaccineerd volgens het vaccinatieschema van de Hoge Gezondheidsraad (grotendeels dankzij de inspanningen van de Kind en Gezin medewerkers en de huisartsen), zonder verschillen tussen de vaccinatiegraad voor het verplichte poliovaccin en de andere 'aangeraden' basisvaccins. De wettelijke verplichting voor poliovaccinatie nu afschaffen, zou echter een verkeerd signaal zijn, alsof poliovaccinatie onbelangrijk geworden zou zijn. Polio is wereldwijd nog niet uitgeroeid, en import van het poliovirus uit het buitenland vormt een reëel risico. Op dit moment blijft algemene poliovaccinatie een noodzaak.

Net zoals in vele andere domeinen van de preventieve gezondheidszorg, moet ook voor vaccinaties de individuele vrijheid van de burger zoveel mogelijk gerespecteerd worden, al zal er altijd wel een spanningsveld zijn tussen individuele keuzevrijheid en collectieve verantwoordelijkheid. Dat we de individuele vrijheid van de ouders om eventueel af te zien van vaccinatie respecteren, wil echter niet zeggen dat we bereid zijn om zomaar alles te accepteren. Het moet duidelijk zijn dat we de andere vaccins ten zeerste aanraden. Onze overheden dienen alle struikelblokken (inclusief de financiële barrières) zoveel mogelijk weg te nemen om iedereen vlot toegang te geven tot vaccins, en we moeten zorgen dat de juiste wetenschappelijk onderbouwde, doch verstaanbare informatie tot bij de ouders geraakt zodat ze een geïnformeerde beslissing kunnen nemen.

"Vaccinatie moet democratisch en transparant opgesteld worden"

Een vijftigtal jaar geleden werd in België de vaccinatie van baby's tegen poliomyelitis verplicht gemaakt. Dit gebeurde zonder veel ophef, omdat iedereen in zijn buurt, op school, soms in zijn familie wel iemand kende die door deze infectieziekte verlamd was geraakt. Vaccinatie kwam als een welkome oplossing. Verplichtingen invoeren binnen het gezondheidsdomein is een oud fenomeen. Afzondering, segregatie, opsluiting (lepralijders, cordon sanitaire, enz.), maar ook wettelijke verplichtingen, zoals het rookverbod in openbare plaatsen, het zijn maar enkele voorbeelden.

Verplichtingen of verbodsbepalingen die tegen de sociale normen ingingen, waren vaak gedoemd om te falen. Denken we bijvoorbeeld aan de pogingen om alcohol te verbieden.

In de media wordt regelmatig gedebatteerd over de veiligheid, zelfs de relevantie, van bepaalde vaccinaties en over de onafhankelijkheid van bepaalde experts. In deze context zou het geen slimme zet zijn van de overheid om een verplichting op te leggen, want de kans op verzet en tegenkanting is veel te groot.

De bevolking informeren en overtuigen zijn de enige mogelijkheden. Een officieel vaccinatieprogramma moet democratisch en transparant opgesteld worden. De argumentering moet eerlijk zijn en zowel de voordelen als de eventuele nadelen moeten aan bod komen, om een instemming met kennis van zaken mogelijk te maken. Niet alleen de individuele voordelen mogen meespelen, ook de collectieve doeleinden zijn belangrijk. Deze worden immers al te vaak vergeten: groepsimmunitet en bescherming van fragiele personen (bijvoorbeeld door een immunitair gebrek) en het controleren van een ziekte (door eliminatie of uitroeiing) op wereldschaal.

De toegang tot vaccins is, net zoals die tot andere preventieve programma's en verzorging, een recht. Het is wel een recht dat gepaard gaat met een plicht: de plicht om als burger, via zijn daden, bij te dragen tot de gemeenschappelijke doelstellingen voor de beheersing van gevaarlijke infectieziekten.

Terug aan het werk: "contactboekje" om de dialoog tussen artsen aan te moedigen



Sinds eind 2008 heeft de adviserend geneesheer van de ziekenfondsen meer bevoegdheden: naast het evalueren van de arbeidsongeschiktheid, moet hij ook de nodige maatregelen nemen om de patiënt te stimuleren om weer aan het werk te gaan. De steun van de huisarts is onontbeerlijk. Om de communicatie en de samenwerking tussen de artsen en andere actoren betrokken bij arbeidsreïntegratie te verbeteren, kwamen de Onafhankelijke Ziekenfondsen op de proppen met een uniek en innoverend hulpmiddel: het "contactboekje". De adviserend geneesheer van het ziekenfonds noteert in dit kleine boekje

advies en suggesties (geen medische informatie!), bedoeld voor de huisarts of de arbeidsgeneesheer en bezorgt het aan de arbeidsongeschikte verzekerde. De huisarts en de arbeidsgeneesheer zullen op hun beurt raad, instructies en opmerkingen kunnen uitwisselen met de adviserend geneesheer, in het boekje, of via andere communicatiemiddelen (telefoon of e-mail). Het contactboekje creëert zo niet alleen een partnership tussen de betrokken artsen, maar is ook bedoeld om de patiënt in tijdelijke arbeidsongeschiktheid op zijn professionele toekomst voor te bereiden. Met de steun van de gesprekspartners die met elkaar overleg gepleegd zullen hebben (wat vandaag niet altijd het geval is), zal de patiënt gemotiveerder zijn om het werk te hervatten, indien nodig in een nieuwe functie of in een nieuwe beroepsomgeving.

56

Het "European Healthcare Fraud and Corruption Network" (EHFCN) schat dat de gezondheidssystemen in Europa jaarlijks ongeveer 56 miljard euro verliezen omwille van fraude, corruptie en "fouten uit verstrooidheid".

Preventie via geneesmiddelen: niet altijd nodig

Vandaag de dag neemt 20% van de Belgen boven de 35 jaar statines. De grote meerderheid neemt deze cholesterolremmers om het risico op een eerste cardiovasculair accident (zoals een hartinfarct) te verminderen. Je cholesterolgehalte doen dalen met behulp van geneesmiddelen is doeltreffend, maar de Onafhankelijke Ziekenfondsen steunen het KCE (Federaal Kenniscentrum) in zijn aanbeveling om het gebruik van statines slechts als een onderdeel van het globale cardiovasculaire preventiebeleid te beschouwen. Veranderen van levensstijl, zoals stoppen met roken, regelmatig bewegen en gezond eten, zou prioriteit nummer één moeten zijn. Ondanks het bestaan van generische geneesmiddelen kosten statines het RIZIV nog altijd veel geld, met name 215 miljoen euro (7% van de uitgaven voor geneesmiddelen in de ambulante sector!). Vooraleer er van start wordt gegaan met een behandeling die veel jaren zal duren, zou het dan ook interessant zijn dat de arts het risico op een cardiovasculair accident daadwerkelijk onderzoekt en een diepgaand gesprek aangaat met zijn patiënt over zijn levensstijl. Is de algemene tendens om de preventie van ziektes op te lossen met geneesmiddelen op lange termijn financieel houdbaar?

"Public relations"-actie voor diëtisten



Sinds enkele jaren nemen diëtisten, in het kader van de Week van de Diëtisten, deel aan een reeks acties om het beroep beter bekend te maken bij het grote publiek. Van 21 tot 26 maart 2011 organiseren ze klassieke of originele acties, waaronder ontmoetingen, conferenties-ateliers of gratis gesprekken. Dit jaar zal het accent gelegd worden op drank en meer bepaald op water, de enige vloeistof die ons lichaam fysiologisch gezien nodig heeft om te overleven. De gelegenheid voor deze voedselkundigen om de dialoog aan te gaan met de consument en tips te geven aan wie goede gewoontes wil aannemen.

Info: om je als diëtist in te schrijven, contacteer de Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VBVD), 02 380 80 98 of info@dietistenvereniging.be

TNF-remmers

Gebruik en therapiepersistentie bij reumatoïde artritis

Hoe reageren patiënten met reumatoïde artritis op anti-TNF-medicatie? Wat is het profiel van deze patiënten en wat zijn de gevolgen van de behandelingen op hun beroepsactiviteit? In een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen wordt gezocht naar een antwoord op deze vragen.

Reumatoïde artritis of RA is een aandoening die zich kenmerkt door chronische ontstekingen in de gewrichten. Naar schatting 0,8% van de volwassenen zou met RA kampen. Deze ziekte kent een fluctuerend verloop en treft vooral handen, polsen en voeten. De patiënten hebben last van chronische pijn, persisterende ontsteking en misvormingen van de gewrichten. De ziekte kan op elke leeftijd optreden, met een piek tussen 30 en 50 jaar. Er is een duidelijke voorkeur voor vrouwen: drie vrouwen worden aangetaast voor één man. Na 10 jaar evolutie is er bij 50% van de patiënten een vermindering van de functionele capaciteit. De ziekte geeft vaak aanleiding tot periodes van arbeidsongeschiktheid.

Therapeutisch schema

De behandeling van RA heeft voornamelijk als doel: het afremmen van de ontsteking en dus ook het beperken van de destructie van de gewrichten. Ze bestaat in eerste lijn uit een combinatie van niet-steroïdale ontstekingsremmende middelen (NSAID's), disease modifying antirheumatic drugs (DMARD) en/of glucocorticosteroïden. Bij onvoldoende respons worden vaak TNF-antagonisten opgestart, al dan niet in combinatie met methotrexaat. Tot deze TNF-remmers behoren onder meer het intraveneus toegediende infliximab, het subcutane etanercept en adalimumab. In geval van onvoldoende respons of intolerantie, wordt in de praktijk vaak overgeschakeld naar een ander anti-TNF. Bij falen van de TNF-remmers, kunnen biologische geneesmiddelen met een ander werkingsmechanisme, bijvoorbeeld rituximab, opgestart worden.

De terugbetaling van de TNF-remmers is o.a. onderworpen aan functionele criteria. Een verlenging van deze terugbetaling wordt toegestaan bij verbetering van de functionele toestand van de patiënt.

Om het gebruik van TNF-remmers bij RA in kaart te brengen, onderzochten wij de data van onze leden. Het geneesmiddel rituximab, gebruikt in derde lijn, werd voor deze oefening ook mee geanalyseerd.

Welk profiel heeft de RA-patiënt onder een TNF-antagonist en wat met de persistentie van deze producten?

Selectie van de populatie en definities

Als studiepopulatie selecteerden we die patiënten bij wie een behandeling met infliximab, etanercept of adalimumab¹ werd opgestart in de periode 1/1/2006 tot 1/6/2008. De data waarover we beschikken, zijn factureringsgegevens en bevatten bijgevolg geen klinische informatie. Aangezien RA slechts één van de indicaties is waarvoor de TNF-remmers gebruikt worden, ontwikkelden we een bijkomend algoritme om de groep met indicatie RA te kunnen selecteren. De onderzoeksperiode liep van 1 jaar vóór de opstart tot 1 jaar na initiatie van de TNF-antagonist.

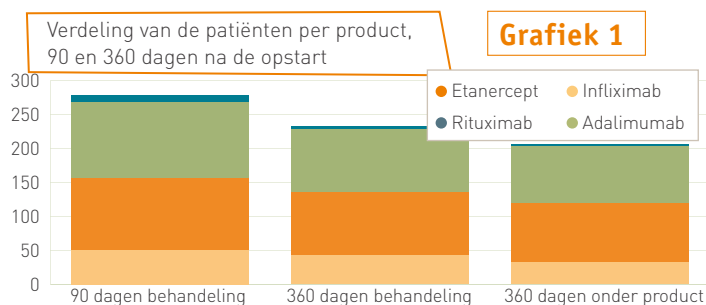
Persistentie definiëren we als het onafgebroken gebruik van een bepaald product (productpersistent = blijven bij het initiële product) of het onafgebroken voortzetten van de therapie (therapiepersistent = switch naar een ander product is mogelijk). De anti-TNF-behandeling wordt als gestopt beschouwd als er over een periode van minstens 6 maanden geen anti-TNF-medicatie werd aangekocht. We bestuderen de therapiepersistentie en productpersistentie op 3 verschillende tijdstippen, na 90 dagen, na 360 dagen en na 2 jaar.

Resultaten

In de volgende tabellen vinden we eerst de patiënten die 90 dagen therapiepersistent zijn (277 patiënten), daarnaast de patiënten die 360 dagen therapiepersistent zijn (nog 232 patiënten) en ten slotte de patiënten die 360 dagen productpersistent zijn (206 patiënten).

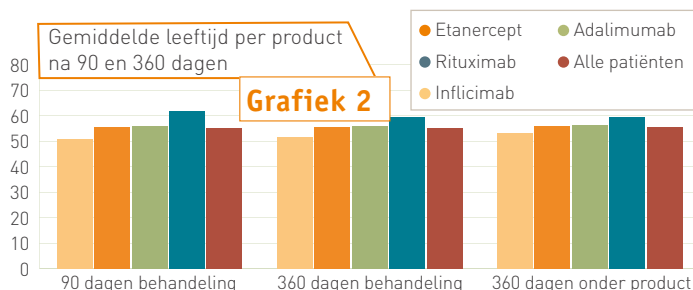
In hoeverre werden de producten gebruikt?

De eerste grafiek geeft de verdeling van de RA-populatie over de verschillende producten weer (infliximab, etanercept, adalimumab, rituximab). 78,7% van de patiënten start met etanercept of adalimumab. Voor de patiënten die na 360 dagen nog onder behandeling zijn, is eveneens 80,2% onder etanercept of adalimumab.



De leeftijd en geslacht

De gemiddelde leeftijd situeert zich voor alle producten samen rond de 55 jaar. Voor het geneesmiddel rituximab hebben we wel een iets oudere leeftijdsgroep, waarschijnlijk te verklaren doordat het hier om een derdelijnsproduct gaat.

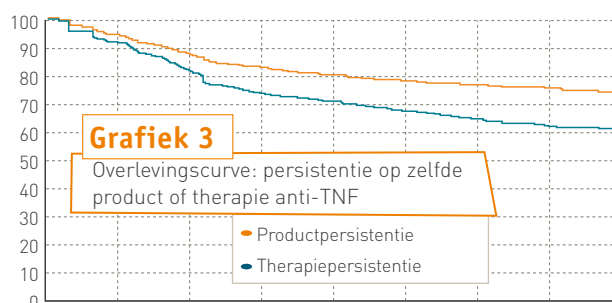


De vrouwen vertegenwoordigen ongeveer 75% van de populatie, wat congruent is met de epidemiologie. Voor infiximab ligt dit percentage iets lager.

Therapiepersistentie

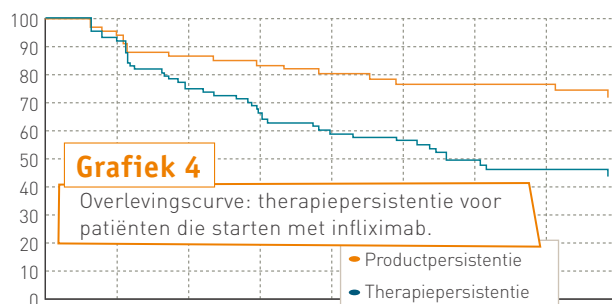
- In totaal stopt 30% van de RA-patiënten met het initiële product na 1 jaar. Ongeveer 20% van de patiënten heeft na 1 jaar de therapie volledig onderbroken, een andere 10% is in die periode overgestapt naar een ander anti-TNF-product.
- Naarmate de duur van de behandeling evolueert, zetten minder patiënten de therapie stop, maar zijn er meer die van product veranderen. Na twee jaar stopt nog eens 7% met de medicatie en switcht nog eens 10% extra naar een ander product.
- Volgens Emery² reageert 20 tot 40% van de patiënten slecht op een anti-TNF-behandeling met of zonder DMARD en zal 20% van de patiënten de behandeling met een anti-TNF stopzetten binnen de 2 jaar.

Andere studies met anti-TNF's geven aan dat minder dan 2/3 van de patiënten een ACR50 respons behalen. Daarnaast dienen sommige patiënten die klinisch reageren op een anti-TNF de behandeling te onderbreken wegens bijwerkingen (opportunistische infecties,..) of wegens verlies van werkzaamheid³.

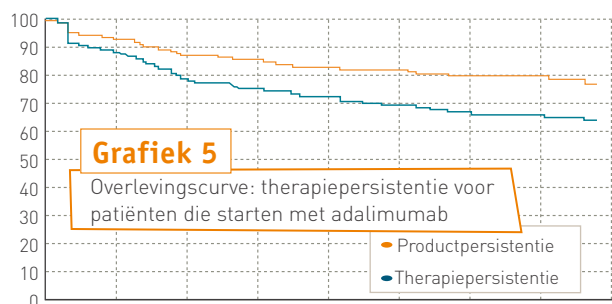


Rond de derde maand van de behandeling evolueert de therapiepersistentie het meest. Deze evolutie is dezelfde voor de 3 producten. Na 1,5 jaar stabiliseren zowel product- als therapiepersistentie.

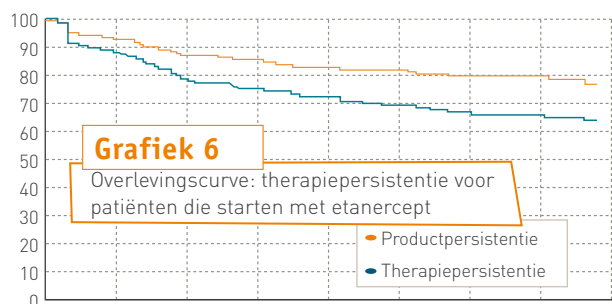
- Het intraveneus toegediende **infiximab** heeft de laagste productpersistentie op 1 en 2 jaar. Slechts 41% blijft op infiximab na 2 jaar, maar de therapiepersistentie naar behandeling toe schommelt rond de 72%



- Adalimumab** heeft een goede product compliance. Na 2 jaar is nog 64% van de patiënten onder adalimumab.

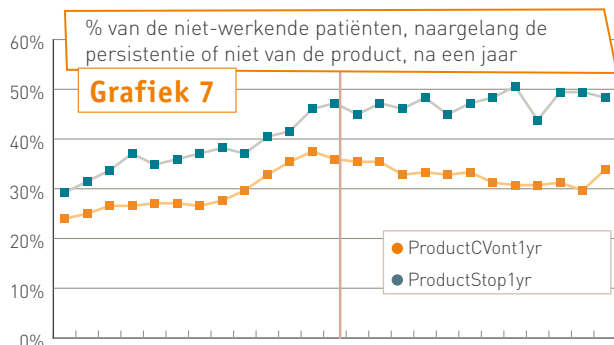


- Etanercept** heeft een vroegtijdige stopzetting van de behandeling tot gevolg, maar daarna stabilisatie op hetzelfde niveau als adalimumab (64%)



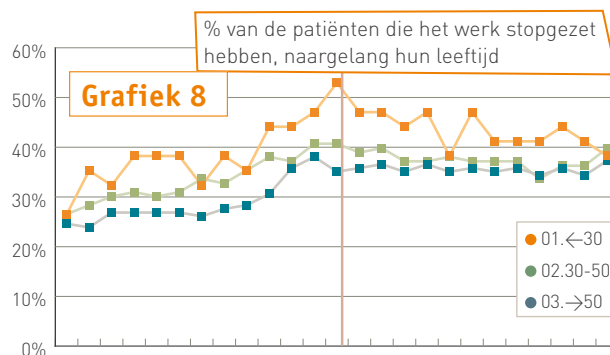
Welke gevolgen heeft dit voor de beroepsactiviteit van de patiënten?

- Onder de actieve populatie (281 patiënten) stelt men een sterke stijging vast van de arbeidsongeschiktheid in de 4 maanden vóór de opstart, vooral bij de groep van productpersistenten. Dit kan waarschijnlijk verklaard worden door de verslechtering van de functionele toestand van deze patiënten die aan de basis ligt van de anti-TNF-behandeling.
- Bij het opstarten van de therapie, is 36 à 47% van de patiënten arbeidsongeschikt. Dit percentage ligt hoger voor patiënten die in de loop van het eerste jaar met het product zullen stoppen of switchen. Deze patiënten blijven ook arbeidsongeschikt gedurende het jaar na opstart.
- Voor de productpersistenten is er een lichte tendens naar het hervatten van de arbeid na opstart van anti-TNF-medicatie. De arbeidsongeschiktheid daalt van 36% tot 30% na 11 maanden behandeling. Deze tendensen zouden moeten bevestigd worden door een langere termijn van observatie.



- Als we de arbeidsongeschiktheid bekijken volgens leeftijdsgroep, zonder rekening te houden met de persistentie, dan zien we een klein verschil in het jaar vóór de opstart. Bij de opstart is vooral de jongere groep niet meer actief: 53% ten opzichte van 35% voor de groep 30- 50 jaar. Tussen de twee oudste groepen is er geen verschil qua impact van ziekte en behandeling, op de arbeidsgeschiktheid. Bij de jongsten zien we een positieve evolutie met een daling van de arbeidsongeschiktheid met 15%.

Enige voorzichtigheid is hier nodig, daar deze actieve groep uit slechts 34 personen bestaat. Deze tendensen zouden moeten bevestigd worden door een grotere onderzoekspopulatie.



Conclusies

De karakteristieken van de onderzochte populatie zijn in overeenstemming met de literatuur. Reumatoïde artritis is een invaliderende aandoening. De patiënten onder anti-TNF-behandeling zijn relatief jong en een grote groep is bij de opstart van de medicatie arbeidsongeschikt. Deze ongeschiktheid blijft grotendeels aanhouden, hoewel voor de patiënten die onafgebroken gebruik maken van het product en de jongere groep de positieve impact van de medicatie, een terugkeer naar de arbeidsmarkt mogelijk maakt.

De anti-TNF-behandeling is een dure behandeling. Het aantal onderbrekingen van de behandeling is groot. De reden voor het onderbreken van de therapie ligt voor een deel waarschijnlijk bij het niet aanslaan van de behandeling of de belangrijke nevenwerkingen van de producten. Deze elementen zijn met onze data moeilijk te achterhalen. We vonden geen verklarende factoren bij de zorgconsumptie die op statistisch vlak, als proxy konden gezien worden van de mogelijke redenen om de therapie te onderbreken. Naast de bijkomende kennis van de klinische factoren die aan de basis liggen van de stopzetting, zou het ook interessant zijn om een idee te krijgen van het niveau van de functionele beperkingen op het ogenblik van de opstart en daarna. Dit zou kunnen door gebruik te maken van de resultaten van de evaluatie van de activiteit van RA. Deze evaluatie gebeurt bij de opvolging van de ziekte door middel van erkende schalen. Gezien de ernst van deze chronische aandoening en de kosten die ermee gepaard gaan, lijkt ons dit zeker de moeite waard om verder te onderzoeken.

Agnès Leclercq, Economist Onafhankelijke Ziekenfondsen
Ann Ceuppens, Medisch adviseur Onafhankelijke Ziekenfondsen
Erik Spaepen, SBD Analytics

¹ Bij de selectie hebben we alle producten genomen die op dat moment op de markt beschikbaar waren.
² Emery P. The therapeutic potential of costimulatory blockade with CTLA4Ig in rheumatoid arthritis. Expert Opin Investig Drugs 2003;12(4):673-681.
³ Imperato A et al. Overview of benefit/risk of biological agents. Clin. Exp. Rheumatol. 2004; 22 (35): S108 - S114.



Een hulpdienstenplatform

hulporganisaties.be

Sinds 2004 hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen een partnership met de website www.hulporganisaties.be. Health Forum had een gesprek met Michel Piedfort, de initiatiefnemer van dit concept.



Michel Piedfort

Kunt u het prille begin en het opzet in een notendop omschrijven?

In 2002 vatte ik het plan op om een portaalsite te creëren voor het brede spectrum aan hulporganisaties dat België rijk is. Ik kocht de domeinnaam "hulporganisaties.be" en bouwde een platform waar vraag en aanbod inzake hulpverlening elkaar troffen. Toen al kregen hulporganisaties met een website een paswoord en een login en konden ze zelf artikels en content doorsturen rond hun problematiek. In 2011 heeft de bezoeker een krachtige zoekrobot tot zijn beschikking. Hij kan ook een hulpdienst zoeken per rubriek, E-lotgenoten vinden, vrijwilligerswerk zoeken of de sociale agenda raadplegen. Hij kan zich eveneens inschrijven op een wekelijkse newsletter met de 5 tot 8

meest recent verschenen artikels. De site heeft ook een Franstalig equivalent genaamd www.organisationscaritatives.be.

Welke info wordt het meest opgevraagd? Hoeveel bezoekers per dag heeft de site?

Ontegensprekelijk alle info rond ziektes en in het bijzonder gerelateerd aan sociale situaties zoals bv. verlegenheid, maar ook taboes. We zien verder een toename van de vraag gerelateerd aan de Noord-Zuidverhouding, het klimaat en het milieu. Het gemiddelde aantal bezoekers per dag benadert de 2.000.

Hoe slaagt Hulporganisaties er in om financieel boven water te blijven?

Wij ontvangen geen enkele subsidie en dat is ook een bewuste keuze want we willen niet gestuurd worden door officiële instanties. Enkele grotere organisaties zoals de Onafhankelijke Ziekenfondsen, geven steun. De bezoekers kunnen brochures rond gezond-

heidspromotie bestellen of andere ziekenfondsinfo opvragen.

Wat zijn de toekomstperspectieven?

Ik droom er van om elke hulporganisatie een aparte gratis webruimte aan te bieden en hen te helpen om optimaal in "the picture" te komen. Tijdens het voorjaar krijgt de portaalsite een nieuwe look and feel, een andere benadering ook en worden de Nederlandstalige en de Franstalige websteeks spiegelsites. Omdat het succes van Hulporganisaties afhangt van de input van de actoren in de gezondheids- en welzijnssector doe ik hierbij een warme oproep aan deze organisaties om zich te profileren op ons digitale platform.

Interview door **Piet Van Eenoooghe**
piet.vaneenoooghe@mlaz.be



www.hulporganisaties.be

Dunepanne

Wanneer herstellen ook genieten is



Ingrid De Nolf

Zeelucht werkt verkwikkend. Voor chronisch zieken, personen die herstellen van een chirurgische ingreep en ouderen geldt dat des te meer. Al 25 jaar beheren de Onafhankelijke Ziekenfondsen het hersteloord Dunepanne. Hoog tijd voor een ontmoeting met de zorgcoördinatrice Ingrid De Nolf.



Wie kan in Dunepanne terecht?

In principe iedereen met een lichte tot matige zorgnood, die toch nog over enige mate van zelfredzaamheid beschikt. Mogelijk hebben deze personen nood aan enige verpleegkundige of paramedische zorg.

Onze infrastructuur en dienstverlening is echter niet afgestemd op personen die bedlegerig zijn of die continu verpleegkundige zorgen nodig hebben. De meeste van onze gasten herstellen in Dunepanne van een ziekenhuisopname omwille van een heelkundige ingreep (na prothese- of hartchirurgie) of na een medische behandeling (oncologische therapie,...). Er zijn gasten die door omstandigheden geen thuisopvang hebben, omdat de mantelzorger er zelf even tussenuit trekt. We ontvangen ook vaak personen met een chronische ziekte zoals nierdialysepatiënten, diabetici of personen met rugklachten.

Het gebouw is prachtig!

Dunepanne is een prachtige Belle Epoque-villa die dateert uit het begin van vorige eeuw. Het is gelegen in de Concessie-wijk van De Haan aan zee. Lange tijd was het een 'clinique maritime'. Sinds het gebouw een twintigtal jaar geleden eigendom werd van de Onafhankelijke Ziekenfondsen is het stelselmatig opgeknapt. We hebben net de laatste renovatiewerken achter de rug. Vandaag de dag beschikken we over 47 kamers, wat goed is

voor 65 bedden. De kamers zijn uitgerust met alle moderne faciliteiten zoals hoog-laag bedden, aangepaste verlichting, tv en een kluis op de kamers en onze gasten kunnen een eigen, mobiel personenalarmsysteem aanvragen. De gemeenschappelijke delen van het gebouw zijn rolstoeltoegankelijk en we beschikken over meerdere kamers die speciaal voor rolstoelgebruikers uitgerust zijn.

Is er in Dunepanne een medische en/of paramedische ploeg?

Er is een zelfstandige arts dagelijks beschikbaar. Hij is bovendien 24u op 24u bereikbaar voor noodgevallen. Daarnaast werken we met zelfstandige verpleegkundigen die onze gasten de dagelijkse verpleegkundige verzorging toedienen: hygiënische verzorging, wondzorg, het opvolgen van medicatie...

Tevens kunnen we beroep doen op een team van zelfstandige kinesisten, die hier in onze twee onlangs gerenoveerde kiné-zaaltjes de gasten begeleiden. Onze eigen polyvalente verzorgenden staan in voor de dagdagelijkse taken: een handje toesteken bij de persoonlijke verzorging van de residenten, het opstaan, het aan- en uitkleden, boodschappen doen, de gasten aan tafel helpen of in- en uitpakken.

Hoe verloopt de aankomst in Dunepanne?

We beginnen steeds met een in-

takegesprek met onze gasten. Zo stellen we een persoonlijk dossier op, gaan we de zorgbehoeftes na, vullen we een medicatielijst in en plannen we de nodige verzorging. Daardoor kunnen we ook nagaan of de gast aangepast materiaal nodig heeft zoals een looprekje, rolator,... Mijn rol als zorgcoördinator bestaat er dus in om de zorg, de dienstverlening en de infrastructuur optimaal af te stemmen op de noden van de resident.

Wat maakt Dunepanne als hersteloord zo bijzonder?

Onze residenten stellen vooral de familiale, gemoedelijke sfeer van ons hersteloord op prijs. We gaan praten op een kleinschalige en persoonlijke aanpak om zo beter op de behoeftes van onze gasten te kunnen inspelen. Bovendien bieden we heel wat faciliteiten aan. Zo hebben we een uitstekende keuken met de mogelijkheid om aangepaste diëten te volgen, en zorgen onze animatoren voor een gevarieerd animatieprogramma. Op aanvraag kunnen onze gasten ook een kapbeurt krijgen evenals pedicure of manicure. En daarnaast is er natuurlijk ook nog onze unieke ligging op enkele stappen van de zee, in misschien wel de mooiste badstad van de Belgische kust!



Interview door Jan Dhondt

jan.dhondt@amloz.be

Praktische informatie

Documenten

- Een medisch getuigschrift is verplicht. Dit geldt ook voor partners of mantelzorgers.
- Identiteitskaart, SIS-kaart, kleeftbriefjes.
- Alle nodige voorschriften voor verpleging, wondzorg, kiné, medicatie, enz.

Prijzen

Eenpersoonskamer	Kostprijs	Het ziekenfonds betaalt	U betaalt
Leden met gewone tegemoetkoming	78 €	32 €	46 €
Leden met verhoogde tegemoetkoming	78 €	35 €	43 €
Begeleider of mantelzorger	78 €	15 €	63 €

Tweepersoonskamer	Kostprijs	Het ziekenfonds betaalt	U betaalt
Leden met gewone tegemoetkoming	70 €	32 €	38 €
Leden met verhoogde tegemoetkoming	70 €	35 €	35 €
Begeleider of mantelzorger	70 €	15 €	55 €

Nieuw: laagseizoenskorting

Vanaf 2011 biedt Dunepanne een laagseizoenskorting. Of u nu een tegemoetkoming van het ziekenfonds krijgt of niet, u geniet een korting van 10% op de brutoverblijfsprijs voor een verblijf gedurende de maanden november tot en met maart. Met een tegemoetkoming van het ziekenfonds betaalt u dus tot 20% minder op de brutoverblijfsprijs in het laagseizoen.

De niet-leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Iedereen met een medisch voorschrift is welkom in Dunepanne.



Maria Hendrikalaan 5, 8420 De Haan Tel.: 059 23 61 31 www.dunepanne-mloz.be

Een nieuw project rond oncologische revalidatie

De Koninklijke Villa in Oostende herbergt sinds kort een nieuw gezondheidscentrum waarin de multidisciplinaire oncologische revalidatie buiten het ziekenhuismilieu centraal staat. Volgens de initiatiefnemers is er een grote nood aan een dergelijk programma omdat een steeds groeiende groep patiënten kanker overleeft. Vaak vertonen zij nog steeds belangrijke functiestoornissen waardoor hun levenskwaliteit afneemt.

2 Programma's oncologische revalidatie

Het eerste programma is bestemd voor de periode onmiddellijk na de diagnosestelling (postdiagnose programma) en een tweede programma richt zich tot patiënten die hun laatste behandeling achter de rug hebben (posttherapie programma). Beide programma's zijn op parallelle assen gebouwd en bestaan uit:

- Fysieke revalidatie met bewegingstraining, krachttraining en hydrotherapie.
- Psychische revalidatie door een psycholoog.
- Sociale reïntegratie en begeleiding.
- Voedingsadviezen en het organiseren van een "gezondheidsrestaurant".
- Georganiseerde informatie en lotgenotencontacten.
- Relaxatie, sport, sauna & hydrotherapie.

Op basis van de medische informatie over het ziekteverloop en alle doorgemaakte of geplande therapieën van de huisarts en/of oncoloog van de patiënt, zal de revalidatiearts na een medisch onderzoek en nazicht van het dossier een individueel opstellen maken met de inhoud en de intensiteit van de behandelingen die zullen uitgevoerd worden binnen de afspraken van het opgestelde zorgproces.



Belgisch Zeeinstituut voor Orthopedie (BZIO)

Zeedijk 286-288
8400 Oostende

Tel. : 059 80 45 19
www.bzio.be

Piet Van Eenoooghe
piet.vaneenoooghe@mloz.be

Kom alles te weten over de sociale zekerheid

Via zijn Opforcentrum organiseert de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen opleidingen voor de actoren uit de wereld van de gezondheidszorg. Zo kunnen de deelnemers hun kennis over de wondere wereld van de sociale zekerheid up-to-date houden.

Waarom weigeren de ziekenfondsen de terugbetaling van bepaalde medische verstrekkingen? Hoe werkt het Belgische systeem van de sociale zekerheid? Welke rechten kunnen gehandicapte personen genieten? Wat doe ik, als mijn personeel arbeidsongeschikt is?

Aristoteles heeft ooit gezegd: "Al doende leert men". Een wijsheid waarmee de opleiders van Opfor het volkomen eens zijn. Om de technische en praktische kennis van hun leerlingen te bevorderen, gebruiken ze dan ook hulpmiddelen die pedagogisch, praktisch en ludiek zijn, zodat hun leerlingen niet alleen nieuwe kennis verwerven, maar ook kunnen deelnemen aan themadagen en ateliers over alle vragen in verband met de sociale zekerheid.

In het permanente opleidingscentrum Opfor verwerven de deelnemers dus niet alleen kennis, maar ook knowhow. De slagzin van het centrum is niet voor niets "leren is evolueren".

Opleidingen toegankelijk voor iedereen

Vroeger waren de Opforopleidingen voornamelijk voorbehouden voor het personeel van de ziekenfondsen. Sinds twee jaar worden ook "à la carte" opleidingen aangeboden aan ziekenhuizen, medische huizen en rusthuizen, maar ook aan verzekeringsmaatschappijen of privé-instellingen die vrij specifieke kennis willen verwerven binnen de sector van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Of het nu gaat om verzekeraarbaarheid, geneeskundige verzorging, arbeidsongeschiktheid of internationale verdragen, al deze onderwerpen worden onderwezen door gespecialiseerde opleiders uit de sector die alle knepen van het vakgebied kennen.

Positieve feedback

Uit getuigenissen over de Opforopleidingen komen steeds dezelfde 3 positieve punten naar voor: het didactische, praktische en financiële aspect van deze opleidingen. Dankzij de aangeleerde

regels die vervolgens toegepast worden op de facturatie, de nomenclatuur of de wetgevingen in verband met buitenlanders, bij een geboorte, moederschapsverlof of vaderschapsrust, werk in het buitenland en nog tal van andere omstandigheden, boekt de ganse ploeg vooruitgang, van de front office werknemer, over de verschillende dienstchefs tot de verantwoordelijke tarifiering.

Op maat

Dankzij de dagelijkse inspanningen van de experts van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, wordt de materie steeds aangepast aan de laatste nieuwe reglementering, wat het werk optimaliseert en de dienstverlening constant verbetert.



www.opfor.be
Sint-Huibrechtsstraat, 19
1150 Brussel
Tel: 02 778 95 40
Fax: 02 778 94 16
Email: info@opfor.be

Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

De Onafhankelijke Ziekenfondsen volgen de actualiteit op de voet.
Neem gerust ook een kijkje op onze site www.mloz.be voor meer nieuws.

Mongeneraliste.be een website van artsen voor patiënten

SSMG, een franstalige wetenschappelijke organisatie voor de huisartsgeneeskunde, heeft haar nieuwe website "mongeneraliste.be" gelanceerd, een gezondheidsplatform boordevol medische informatie voor het grote publiek.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn partner van dit initiatief.



Artsen en wetenschapsjournalisten staan in voor wetenschappelijk gevalideerde artikels. De website bevat ook thematische dossiers en artikels over een serie pathologieën die meestal aanleiding geven tot een consultatie. Op dit ogenblik staan er al twee dossiers online (diabetes en artrose). Ieder jaar zullen drie bijkomende dossiers het platform verrijken. De volgende dossiers die mogen verwacht worden in 2011 zijn: slaap, hypertensie en vitaminen. Tegen het einde van het jaar komen daar nog eens twintig fiches over ziekten bij.

Empowerment centraal

Mongeneraliste.be zal de contacten tussen de patiënt en zijn behandelende geneesheer verrijken, zonder deze laatste te vervangen. De site heeft ook aandacht voor de periode die voorafgaat aan de consultatie én daarna. Geïnformeerd door een betrouwbare en verantwoorde bron, haalt de patiënt hieruit zijn voordeel en neemt deze zijn gezondheid in handen. Hierdoor wordt hij autonomer en bevordert hij de therapeutische behandeling.

Meer info: www.mongeneraliste.be

De nieuwe ziekenhuisgids

Een hospitalisatie is meestal geen pretje en ziekenhuispatiënten worden na of tijdens ziekenhuisopname vaak geconfronteerd met onprettige verrassingen, zoals in de wijze waarop het verblijf zal verlopen of de factuur die ze nadien ontvangen. Om deze verrassingen te vermijden hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen het initiatief genomen om een ziekenhuisgids samen te stellen. De voornaamste etappes van een verblijf worden chronologisch op een rij gezet, gaande van de keuze van de arts en het ziekenhuis tot het ontslag en herstel.



Rugvriendelijk leven

Maar liefst zeven op de tien Belgen hebben in de loop van hun leven wel eens last van rugpijn. Een minder goede rughouding en een eenzijdig bewegingspatroon zijn de voornaamste boosdoeners, maar

vooroordelen over rugpijn spelen ook een belangrijke rol. Om die valse waarheden te ontzenuwen, ontwikkelden de Onafhankelijke Ziekenfondsen de brochure 'Een rugvriendelijk leven: de gids', waarin ze enkele hardnekkige mythes over rugpijn ontcrachten! Deze brochure behandelt echter niet enkel de mythes over rugpijn. Ook de verschillende types van rugpijn komen aan bod en de patiënt komt ook alles te weten over de verschillende risicofactoren en de actieve preventie van rugpijn.



Brochures te bestellen of te downloaden via onze website www.mloz.be

Boek

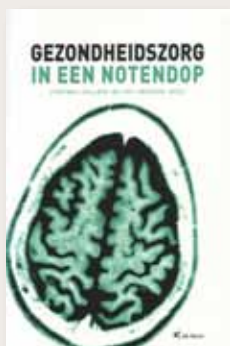
Gezondheidszorg in een notendop

Gezondheidszorg veronderstelt een juridisch kader. Dit boek wil een beknopt en eenvoudig overzicht geven van de regelgeving omtrent de gezondheidszorg. De auteurs beschrijven zo eenvoudig en duidelijk mogelijk de essentiële regels die gelden voor de verschillende spelers in deze sector.

Het boek beschrijft eerst wie bevoegd is om de regelgeving betreffende de gezondheidszorg uit te werken. Er wordt ook een beknopt overzicht geschetst van enkele Europeesrechtelijke bepalingen die van toepassing zijn op de grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit. Daarna komen de kenmerken van het Belgisch gezondheidszorgsysteem aan bod. Vervolgens gaat men in op de verschillende

patiëntenrechten.

Gezondheidszorg in een notendop,
Callen S. & Cierkens K., Die Keure,
ISBN : 978-90-48605-89-7 - www.diekeure.be



Boek

Multidisciplinaire zorg

De gezondheidszorg wordt steeds meer geconfronteerd met problemen die de grenzen van de verschillende echelons en disciplines overschrijden. In de sterk op specialisatie gerichte gezondheidszorg ontbreekt echter tot nu toe een kader om deze multidisciplinaire aanpak vorm te geven. Dit handboek is het eerste Nederlandstalige boek dat specifiek vanuit het perspectief van de multidisciplinaire zorgverlening aan kwetsbare patiënten en groepen is geschreven. Het richt zich op zorgverstrekkers die in hun dagelijkse praktijk te maken hebben met multidisciplinaire samenwerking.

Handboek Multidisciplinaire zorg,
De Tijdstroom uitgeverij, 400p,
ISBN : 978-90-58981-74-5 - www.acco.be



Boek

Rekenhof bundelt opmerkingen

Sinds 2010 bundelt het Rekenhof al zijn opmerkingen in verband met de sociale zekerheid in een afzonderlijk boek.

Het eerste "Boek over de Sociale Zekerheid" kan men nu downloaden op de website van het Rekenhof. Daarin onderzoekt het Rekenhof de begrotingsontvangsten en -uitgaven van het globale beheer van de sociale zekerheid en de geneeskunde voor het jaar 2009 en legt het de resultaten voor van de diverse audits op dit vlak.

Opmerkelijk cijfer is bijvoorbeeld een overschot van 1 miljard euro voor de uitvoering van de begroting geneeskundige verzorging 2009.

Meer info : www.rekenhof.be



Boek

Omgaan met kinderen in de geneeskunde

Het welzijn van kinderen wordt niet door hen zelf bepaald. Omwille van fysieke, emotionele en intellectuele beperkingen zijn kinderen aangewezen op hun ouders of een medisch team om hun welzijn en ontwikkeling te behartigen. Wanneer deze laatste moeten kiezen, handelen ze vaak vanuit wat het beste is voor het kind. Er bestaat echter geen consensus over wat "goed" is en er is geen standaard voor het nemen van beslissingen. In het boek 'Kinderen niet toegelaten' gaan de auteurs in op de verschillende aspecten van de verantwoordelijkheid voor kinderen in de context van de gezondheidszorg. De lezer krijgt hierdoor een helder overzicht en een dieper begrip van de ethische hete hangijzers in verband met kinderen en geneeskunde vandaag.

Kinderen niet toegelaten,
K. Dierickx, Davidsfonds, 194p,
ISBN : 978-90-58266-50-7 - www.davidsfonds.be



DE OPLOSSING VOOR UW OPLEIDINGEN IN ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING



Opfor

Centrum voor
Continue Opleiding

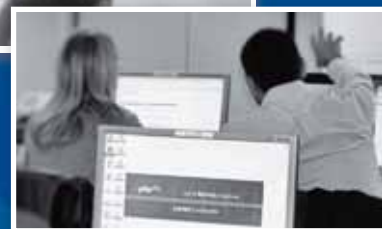
Al 17 jaar lang biedt het Opleidingscentrum **Opfor** opleidingen aan in de verschillende sectoren van de Sociale Zekerheid, meerbepaald binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering :

- Geneeskundige verzorging
- Arbeidsongeschiktheid
- Verzekerbaarheid
- Verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV/ OMNIO)
- Internationale verdragen

Onze consultants bereiden opleidingen "op maat" voor in functie van de eigen noden van uw bedrijf.

Opfor organiseert ook themadagen en praktische ateliers.

Stellen reeds hun vertrouwen in **Opfor** : Dexia, Allianz, Mondial Assistance, Santhea, Erasme, le Centre hospitalier Régional de Huy en les Clinique & Maternité Sainte-Elisabeth de Namur.



www.pavy.be



Contacteer ons :

- Tel. : 02 778 95 40 of 02 778 94 31



Schrijf ons :

- Sint-Huibrechtsstraat, 19 te 1150 Brussel



Stel uw vragen :

- Ofwel per E-mail : info@opfor.be
- Ofwel via onze informatieaanvraag op www.opfor.be

Leren is evolueren
www.opfor.be

Zorgverblijf Dunepanne in De Haan

Waar herstellen ook genieten is...



Uw patiënten wensen op krachten te komen

na een chirurgische ingreep of tijdens een chronische ziekte ?
Bent u op zoek naar tijdelijke opvang voor hen, omdat de mantelzorger er even tussenuit wil ?

Laat uw patiënten op adem komen in Dunepanne !

Ons zorgverblijf combineert een kwalitatieve hotelservice met verzorging op maat.

Het verzorgend personeel, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen en een arts staan dagelijks voor hen klaar. De kamers zijn ingericht naar hun noden.

Profiteer van de laagseizoenskorting!

Tot eind maart 2011 kunnen alle gasten rekenen op een korting van 10 % op de bruto verblijfsprijs. In combinatie met de tegemoetkoming van het ziekenfonds, kan deze korting zelfs oplopen tot **20 % op de netto verblijfsprijs**. Bovendien ontvangt iedereen die een kamer tijdens het laagseizoen boekt een uniek welkomstgeschenk.

Voor meer informatie over de verblijfprijzen, de tegemoetkomingen en de aanvraagprocedure, surf naar de website www.dunepanne-mloz.be.